



# Des DONNÉES PERSONNELLES médicales sur Google : danger réel du numérique en santé ?

Il est incontestable que le développement du numérique en santé a amélioré la prise en charge des patients (facilitation de la coopération entre professionnels de santé, sécurisation des prescriptions et suivi de maladies chroniques, évaluations des pratiques professionnelles individuelles et observatoires à partir de cohortes, etc.).

Une enquête du très sérieux site Actusoins.com a récemment rappelé un réel danger en révélant que des centaines de données médicales confidentielles parmi lesquelles des prescriptions, des résultats d'analyses biologiques, voire des dossiers médicaux complets, **se sont retrouvés facilement accessibles sur Google**, sur simple requête à partir du nom du médecin ou du patient.

Il semble qu'il ne s'agisse pas d'actes de malveillance mais de graves négligences dans la sécurisation des systèmes informatiques de certains établissements hospitaliers (oubli de désindexation de certains documents et une mauvaise protection des serveurs informatiques hospitaliers). Au-delà de ces cas d'accidents avérés, l'exposition à ce risque de divulgation de données médicales est bien perçue au quotidien par exemple, par la transmission de données médicales par messagerie non sécurisée entre professionnels de santé, par les malades qui posent par messagerie ou sur des forums des questions sur leur santé, ou par les établissements de santé qui confient parfois à des sociétés spécialisées en optimisation de codage, le soin d'examiner les données issues du PMSI, alors que ces sociétés n'ont, pour la plupart, pas la qualité d'hébergeur de santé.

Il reste que **l'accès libre à ces données** constitue une violation manifeste du droit à la protection de la vie privée et qu'il peut être lourd de conséquences si ces données venaient à tomber entre des mains indelicates : employeur, assureur, banquier, notaire, voire un proche ou un professionnel de santé à qui l'on préfère cacher un pan de sa vie ou de sa santé (droit à l'oubli).

Les données de santé sont par nature sensibles. Elles sont dites à caractère personnel quand elles permettent d'identifier une personne physique soit directement soit indirectement par recoupement avec d'autres informations. L'accès et l'utilisation des données de santé par des tiers sont strictement encadrés notamment par la loi informatique et libertés. La collecte et le traitement de ces données sont par principe interdits, sauf dérogations prévues par la loi notamment dans le cadre de la recherche médicale, de l'évaluation et analyse des pratiques, ou encore du suivi et de la prise en charge médicale des personnes (prévention, diagnostic, traitement...). Les professionnels de santé tenus au secret médical peuvent ainsi collecter et traiter les données des patients dans l'exercice de leurs fonctions. Les patients disposent d'un droit d'accès direct auprès de l'établissement ou du professionnel de santé qui détient des données médicales les concernant. La conservation de ces données et leur usage sont également précisément réglementés. Elles peuvent ainsi être hébergées soit au sein de l'établissement ou dans les locaux du professionnel de santé, soit être confiées à un tiers, lequel devra être choisi parmi les **hébergeurs de données de santé** à caractère personnel agréés par le ministre chargé de la santé.

Tous les professionnels de santé ont l'obligation de mettre en place des mesures techniques et d'organisation garantissant la sécurité, l'intégrité et la confidentialité des données.

La diffusion sur internet de données confidentielles de santé est la conséquence manifeste d'un manquement à ces obligations de sécurité dont les professionnels, établissements de santé et certaines structures favorisant la coopération sanitaire sont responsables. Elle caractérise en outre une violation du secret médical auquel sont soumis tous les professionnels de santé. La personne concernée par une telle divulgation de ses données de santé pourra se retourner contre l'établissement ou le professionnel de santé aux fins notamment de solliciter réparation du préjudice en résultant. Elle pourra également déposer plainte à la CNIL, laquelle dispose d'un pouvoir de contrôle et de sanction. Des sanctions pénales et ordinales sont également susceptibles d'être prononcées.



Dans les faits à ce jour, fort heureusement, le nombre de cas de violations déclarées n'est pas élevé et les décisions jurisprudentielles le sont encore moins, ce dont il faut se réjouir car contrairement au milieu bancaire et industriel, l'hôpital demeure un lieu ouvert sur la cité. De plus, même si une responsabilité est en cause, il convient à la victime de démontrer son préjudice découlant de la divulgation de ses données personnelles.

Il est cependant important d'accomplir auprès des établissements et professionnels de santé un véritable travail sur la culture de la sécurité des données personnelles et sur une prise de conscience : entre paranoïa et inconscience, il y a un juste milieu.

Il est aussi important qu'il soit remédié aux rares dérives constatées, car l'évolution vers un accès en ligne de nos données de santé est inéluctable. L'initiative des pouvoirs publics de mettre à disposition de chaque Français un Dossier Médical Personnel (DMP), carnet de santé accessible en ligne par le patient et les professionnels de santé qui le prennent en charge, en est l'illustration parfaite.

Le risque de divulgation de données personnelles avec préjudice pour le patient concerne en grande majorité les pathologies chroniques et affections de longue durée (ALD). Quel préjudice grave de divulguer un reflux gastro-œsophagien ? Or, c'est dans le cadre de la prise en charge de ces maladies chroniques (par exemple : MICI, hépatopathies chroniques, cancer pour l'hépto-gastroentérologie) que le développement d'outils informatiques dédiés à la prise en charge est souhaitable. De nombreux logiciels ont été développés depuis une dizaine d'années en solution locale mais leur évolution, d'une part dans le cadre du DMP ou de dossier « partagé » dédié à chaque maladie chronique, et d'autre part, dans des projets e-santé (coopération entre patients et les professionnels de santé, développement d'algorithmes intégrant le patient, éducation thérapeutique...) est souhaitable. Le financement de ces développements, très coûteux (réécriture des logiciels en mode Saas, des hébergeurs de santé), est un frein à cette avancée et à la sécurisation des données personnelles qui en découle.

Par ailleurs, de nouveaux risques apparaissent de concert avec les nouvelles technologies appliquées à la santé dès lors qu'elles mettent en œuvre des traitements portant sur des *données*. Des failles de sécurité ont ainsi été identifiées **par la FDA** (Food and Drug Administration), à travers l'usage de dispositifs médicaux exposés aux effets de logiciels malveillants et aux virus. Des dispositifs tels que des pompes à insuline ou des **pacemakers** sont notamment concernés.

Nous observons également un nombre croissant d'applications pour smartphone et de dispositifs grand public (bracelets, badges...) tournés vers la santé et le bien-être, permettant de recevoir, stocker et retransmettre des données physiologiques (température corporelle, fréquence cardiaque...) voire biologiques (glucométrie...). La CNIL s'en est d'ailleurs inquiétée et a émis des **recommandations** sur le sujet du « Quantified Self » en novembre dernier, dans l'attente de l'instruire de façon plus approfondie dans le cadre de son **programme d'études 2012-2013**.

Il semble primordial que le développement de ces solutions « mobiles » soit intégré aux outils de suivi de pathologies chroniques des professionnels de santé afin d'harmoniser leur environnement de travail, de renforcer la coopération entre acteurs de santé, et au final d'améliorer la prise en charge des patients. Les bénéfices apportés par ces solutions en termes d'efficacité médico-économique (service attendu/rendu) pourront aboutir à leur prise en charge par les organismes payeurs au titre de dispositifs médicaux<sup>1</sup>.

Guillaume Bonnaud  
hepavie@free.fr

1 Dans le cadre du la prise en charge du diabète, la solution Diabeo® reste dans l'attente d'une inscription à la Liste des Produits et Prestations remboursables par l'assurance maladie (LPP)

# Aspects épidémiologiques et cliniques de l'infection à *Helicobacter pylori* à travers une étude marocaine

## *Epidemiological and clinical aspects of Helicobacter pylori infection through a Moroccan study*

Amel Essadik<sup>1,2</sup>, Hakima Benomar<sup>3</sup>, Ismail Rafik<sup>4</sup>, Mouna Hamza<sup>5</sup>, Laila Guemouri<sup>5</sup>, Anass Kettani<sup>2</sup>, Fatima Maachi<sup>1</sup>

1. Laboratoire de Pathologie Oncologie Digestive, Institut Pasteur 1, Place Abou Kacem Ez-Zahraoui- B.P. 120 Casablanca (Maroc)

2. Laboratoire de Recherche sur les Lipoprotéines et l'Athérosclérose. Faculté des Sciences Ben Msik, Casablanca

3. Laboratoire d'Anatomo-cyto-pathologie, Institut Pasteur du Maroc

4. Centre Médical de Gastroentérologie, Casablanca

5. Laboratoire de Santé Communautaire : Epidémiologie et Biostatistique, Faculté de Médecine Dentaire, Casablanca

fatima.maachi@pasteur.ma

### Résumé

**Introduction :** *Helicobacter pylori* est responsable de multiples pathologies gastroduodénales telles que la gastrite, l'ulcère et l'adénocarcinome gastrique. Dans les pays en voie de développement, l'infection à *H.pylori* constitue un problème de santé publique. Le but de cette étude marocaine est de déterminer la prévalence de l'infection à *H.pylori* et d'étudier l'impact des différents facteurs épidémiologiques ainsi que les principales maladies gastriques associées à cette infection.

**Patients et méthodes :** Les renseignements cliniques et sociodémographiques ont été recueillis à partir de 837 dossiers de patients archivés (1998-2011) à l'Institut Pasteur du Maroc et dans un centre médical de gastroentérologie à Casablanca. Tous les patients avaient bénéficié d'une fibroscopie et le diagnostic a été fait par un examen histologique.

**Résultats :** 837 patients ont été compulsés (âge moyen:  $44 \pm 12,4$  ans). La prévalence de l'infection à *H.pylori* est de 69,2 %. Ce taux semble après une analyse statistique, lié significativement à l'âge. En effet, l'infection est plus importante (80,2 %) dans le groupe d'âge 31-40 ans. En revanche, le sexe ne présente aucun effet sur la prévalence de l'infection qui est surtout associée aux gastrites chroniques (91,8 %). De plus, 35,5 % de patients souffrant de cette pathologie appartenaient à la même tranche d'âge 31-40 ans.

**Conclusion :** Il est à noter que dans notre étude, le groupe d'âge 31 à 40 ans présentait la plus forte prévalence de *H. pylori* et le taux le plus élevé de gastrites. Il constituerait ainsi un terrain à risque pour la survenue d'un cancer gastrique.

### Mots-clés

*Helicobacter pylori* ; Epidémiologie ; Prévalence ; Pathologies gastroduodénales

### Abstract

**Introduction:** *Helicobacter pylori* is the main cause of most gastroduodenal diseases as gastritis, peptic ulcer, and gastric adenocarcinoma. In developing countries, it appears as a major public health concern. The goals of this Moroccan study were to assess the prevalence of *Helicobacter pylori* infection, epidemiological factors and gastroduodenal diseases associated with this infection.



*Patients and methods: Clinical and sociodemographic informations (age and sex) were collected from 837 archived patient's files (1998-2011) found at the Institute Pasteur in Morocco; based at the Health centre of gastroenterology in Casablanca; the diagnosis was based on histology.*

*Results: 837 patients were included (mean age:  $44 \pm 12.4$  years). The prevalence of *H. pylori* infection was 69.2%. The difference of prevalence between the age group 31 to 40 years (80.2%) and other age groups was statistically significant. Moreover, the gender had no significant correlation. In 91.8%, the infection was associated with chronic gastritis. In addition, 35.5% of patients with chronic gastritis were between 31 and 40 years old.*

*Conclusion: During the study, we noticed that the 31-40 years age group revealed the strongest prevalence of *H. pylori* and the most well elevated rate of gastritis. Besides, those patients are the most exposed to gastric cancers.*

## Keywords

*Helicobacter pylori; Epidemiology; Prevalence; Gastroduodenal diseases*

## Introduction

Les critères d'association d'un agent pathogène à une pathologie ont été pour la première fois proposés par Hill en 1965 [1]. La forte prévalence en était le premier critère [2]. Depuis, *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) a été incriminé dans de multiples affections de la muqueuse gastro-duodénale, telles que la gastrite, l'ulcère, le lymphome gastrique du MALT (Mucosa Associated lymphoid tissue) et l'adénocarcinome gastrique [3,4]. Actuellement, avec un taux d'infection atteignant 50 % de la population mondiale [5,6,7], l'infection à *H. pylori* est la plus répandue au monde. Elle est caractérisée par une disparité géographique [8]. Dans les pays industrialisés, la prévalence varie de 20 à 40 %, mais dans les pays en voie de développement, elle touche 70 à 90 % de la population si bien qu'elle constitue un véritable problème de santé publique [9]. Les facteurs qui influencent l'incidence et la prévalence de l'infection à *H. pylori* sont l'âge, le sexe, les facteurs géographiques et les facteurs socio-économiques [10]. Le mode de transmission de *H. pylori* est encore incertain. Dans la mesure où la bactérie *H. pylori* a été isolée dans des selles ainsi que dans la salive et sur des plaques dentaires, ceci laisse supposer qu'une transmission est possible par voie oro-orale ou féco-orale [11]. Cette transmission est favorisée par le manque d'hygiène, le caractère insalubre de l'eau de boisson, la mauvaise hygiène alimentaire et la promiscuité [10].

Le but de ce travail est de déterminer la prévalence de l'infection à *H. pylori* au niveau d'un échantillon de la population casablancaise souffrant de pathologies gastriques, sur une période de 13 ans (1998-2011) et d'étudier l'impact des différents facteurs épidémiologiques ainsi que les principales maladies gastriques associées à cette infection.

## Patients et Méthodes

### Patients

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive réalisée au laboratoire de Pathologie, Oncologie Digestive en collaboration avec le service d'Anatomo-Cyto-Pathologie à l'Institut Pasteur du Maroc et un centre privé (Casablanca). L'étude a concerné 837 patients présentant des pathologies gastriques et s'est étalée sur 13 ans (1998-2011).

### Méthodes

Les renseignements démographiques (âge et sexe) et cliniques sont collectés sur des dossiers de patients archivés au niveau des deux centres. L'examen histologique réalisé sur des biopsies ou pièces opératoires, visait à rechercher des anomalies de la muqueuse gastrique, notamment une inflammation ou un processus cancéreux et à révéler en second lieu la présence de *H. pylori* par coloration hématoxyline – éosine complétée par une coloration de Giemsa lent.



## Les variables étudiées

Trois types de variables ont été enregistrés chez ces sujets d'étude. Il s'agit de variables démographiques (âge et sexe), variables liées à la pathologie gastrique et les variables liées à la présence de *H. pylori*.

## Méthode statistique

Pour le traitement des données, le logiciel Epi info (version 6.04) a été utilisé. Les variables qualitatives (sexe, âge, présence d'une pathologie gastrique, présence de *H. pylori*,) ont été décrites par leur nombre et pourcentage. Le test de Chi<sup>2</sup> a été employé pour la comparaison de ces variables avec un coefficient de signification  $p < 0,05$ .

## Résultats

### Caractéristiques générales de l'échantillon étudié

#### Âge et sexe des patients

L'échantillon comprenait 837 patients dont 393 hommes et 444 femmes, d'une moyenne d'âge de 44 ans avec un écart type de 12,4. Deux cent quatre-vingt-treize patients (35 %) avaient entre 31 et 40 ans, constituant ainsi le taux le plus important des consultants.

La répartition des patients selon l'âge et le sexe est présentée dans le tableau 1.

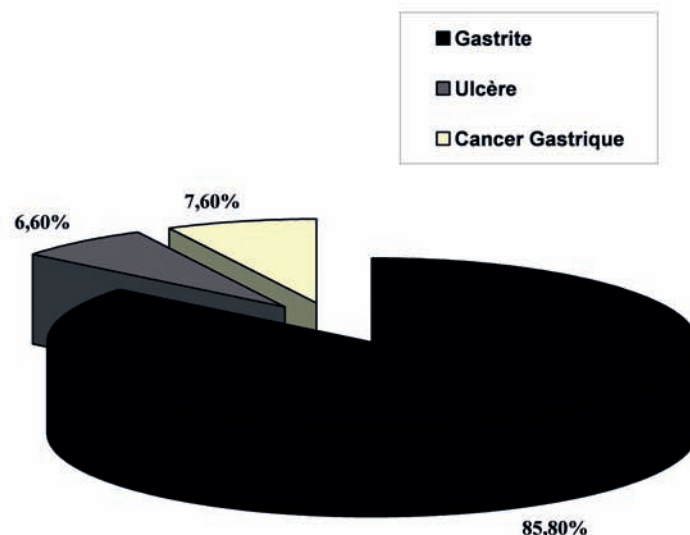
Tableau 1. Description de l'échantillon à l'étude en fonction du sexe et l'âge

Patients	Nombre	Pourcentage
Sexe	Hommes : 393	46,9%
	Femmes : 444	53,1 %
Age	< 20 ans : 18	2,1 %
	21-30 ans : 209	25 %
	31-40 ans : 293	35 %
	41-50 ans : 105	12,5
	51-60 ans : 143	17,1 %
	61-70 ans : 69	8,2 %

### Etude des pathologies gastriques

#### Résultats globaux

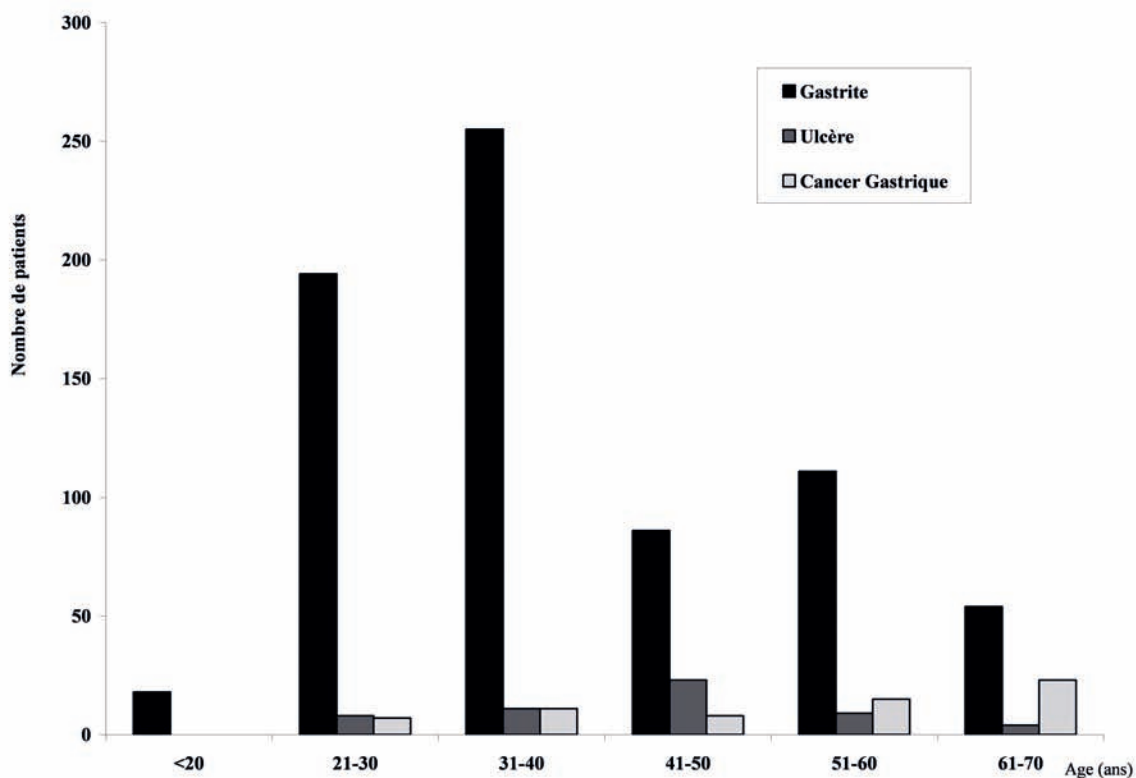
Ces patients présentent tous des troubles gastriques à différents niveaux de l'estomac. Sept cent dix-huit (718) patients (85,8 %) souffrent de gastrites, 55 patients (6,6 %) sont porteurs d'ulcères et 64 patients (7,6 %) sont atteints de cancers gastriques (Fig. 1).



**Figure 1**  
*Répartition des patients en fonction de leur pathologie gastrique*

### *En fonction de l'âge des patients*

La répartition des pathologies gastriques en fonction de l'âge est représentée dans la Figure 2. L'étude de l'impact du facteur âge a montré que les ulcères et les cancers gastriques n'apparaissent qu'à partir de 20 ans, contrairement aux gastrites qui se manifestaient dès l'enfance. Sur les 718 patients souffrant de gastrites, 255 (soit un taux maximal de 35,5 %) appartenaient à la tranche d'âge de 31-40 ans. Sur 55 cas d'ulcères, 23 (soit un taux maximal de 41,8 %) avaient un âge entre 41 et 50 ans. Au-delà de cet âge, ce taux baisse, pour céder la place à une augmentation du nombre de patients souffrant de cancers gastriques avec un taux maximal de 36 % (soit 23 sur 64 cas de cancer) pour les 61-70 ans.



**Figure 2**  
*Répartition des pathologies gastriques en fonction de l'âge*



## Prévalence de l'infection à *H. pylori* dans la population étudiée

### Résultats globaux

Au cours de notre étude, sur les 837 dossiers étudiés, la recherche de *H. pylori* à l'examen histologique était positive chez 579 patients, soit une prévalence globale de 69,2 %. La moyenne d'âge de la population infectée était de 40,6 ans avec un écart type de 11,3. Dans la population non infectée, la moyenne d'âge était légèrement supérieure (46,8 ans avec un écart type de 14,2).

### Selon le sexe et l'âge des patients

Le tableau 2 présente la prévalence de l'infection de *H. pylori* en fonction du sexe et de l'âge des patients.

La prévalence de l'infection à *H. pylori* était légèrement plus élevée chez les hommes (73,2 %) comparée à celle des femmes (65,5 %). Mais cette différence n'était pas significative.

En revanche, le facteur âge était associé de façon significative à la prévalence de l'infection à *H. pylori* ( $p < 0,001$ ) et cette association était d'autant plus forte que les patients appartenaient à la tranche d'âge 31-40 ans. En effet, la prévalence à l'infection enregistrée dans cette tranche d'âge était de 80,2 % (pic maximal).

Tableau 2. Prévalence de l'infection à *H. pylori* en fonction du sexe et de l'âge

Patients	Patients infectés par <i>H. pylori</i>	Pourcentage
Sexe : Hommes : 393	288	73,2%
Femmes : 444	291	65,5 %
Age :		
< 20 ans : 18	10	55,5 %
21-30 ans : 209	128	61,2 %
31-40 ans : 293	235	80,2%
41-50 ans : 105	78	74,3
51-60 ans : 143	87	61 %
61-70 ans : 69	41	59,4 %%

## Pathologies gastriques associées à l'infection à *H. pylori*

Notre étude a montré que 91,8 % de la population infectée était atteinte de gastrites chroniques souvent atrophiées, 5 % d'ulcère gastrique et seulement 3,2 % de cancer gastrique (Tableau 3).

Tableau 3. Le taux des différentes pathologies gastriques dans la population infectée par *H. pylori*

Type de pathologie	Nombre	Pourcentage
Gastrite	532	91,8 %
Ulcère	29	5 %
Cancer Gastrique	18	3,2 %

## Discussion

Au Maroc, à l'heure actuelle, rares sont les études traitant de l'aspect épidémiologique de *H. pylori* et des pathologies gastriques. La prévalence de l'infection par *H. pylori* est comprise entre 20 et 40 % dans les pays industrialisés ; elle atteint 70 à 90 % dans les pays en voie de développement [12,13,14]. Dans la population étudiée, la prévalence de 69,2 % correspond bien aux prévalences notées dans les pays en voie de développement [15,16].

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative de prévalence entre les hommes et





les femmes comme dans la plupart des études [17] contrairement à certaines où une prévalence plus élevée chez l'homme a été reliée à une exposition plus importante [18].

De même, nous avons observé une augmentation significative de la prévalence de l'infection à *H. pylori* avec l'âge, avec un taux maximal (80,2 %) touchant le groupe de 31 à 40 ans. Contrairement aux pays développés où la plus forte prévalence (66 %) est enregistrée à l'âge de 60 ans, l'infection à *H. pylori* prédomine chez le sujet jeune dans les pays en voie de développements [18]. Au Maroc, l'âge moyen des sujets infectés par *H. pylori* est de 40,6 ans. Pour expliquer cette augmentation de la prévalence avec l'âge, l'hypothèse la plus évoquée, l'attribuerait à un effet de cohorte, le taux le plus élevé d'acquisition se trouvant parmi les enfants nés vers les années 1970 dans notre étude, respectant ainsi une caractéristique bien connue de l'épidémiologie de l'infection à *H. pylori* que décrivent plusieurs études dans les pays en développement [17,19]. D'autre part, *H. pylori* est à l'origine de la survenue de plusieurs pathologies gastriques. Il est à l'origine de 80 % des gastrites chroniques atrophiques [20] résultant de la réponse inflammatoire et immunologique induite par cette bactérie, de 1 à 10 % d'ulcères gastroduodénaux et de 1 à 3 % de cancers gastriques [21]. Ces résultats concordent avec ceux retrouvés dans notre étude. En effet, *H. pylori* est corrélé le plus souvent à une gastrite chronique atrophique avec une prévalence de 91,8 %. La fréquence d'ulcères gastroduodénaux dans la population infectée par *H. pylori* était de 5 %. Le taux de mortalité due à cette pathologie est de 2,5 % avec une incidence annuelle de 5/10 000 [22]. Dans notre population, le taux maximal d'ulcère concernait le groupe de 41 à 50 ans. Au-delà de cet âge, ce taux baisse pour céder la place à une remarquable hausse du nombre de patients souffrant de cancer gastrique pour les 61-70 ans. Ce dernier peut donc être l'aboutissement de l'évolution lente de la gastrite chronique à *H. pylori*. Néanmoins, le nombre de patients susceptibles de développer un cancer est minime 1 à 3 % comparativement à l'importance de la population infectée par *H. pylori* [23]. Cette prévalence était de 3,2 % dans notre population.

## Conclusion

Les résultats de cette étude indiquent une prévalence de l'infection à *H. pylori* similaire à celles des autres études dans les pays en voie de développement. Le sexe ne présentait aucun effet significatif sur cette prévalence. Elle était plus importante (80,2 %) dans le groupe d'âge 31-40 ans. Nous avons également observé que 91,8 % de la population infectée par *H. pylori* souffrait de gastrites dont 35,5 % touchaient le même groupe d'âge (31-40 ans), 5 % d'ulcères et 3,2 % de cancers gastriques. Il est à noter que la population de 31 à 40 ans, infectée et atteinte de gastrite, constituerait un terrain à risque pour la survenue d'un cancer gastrique. Ce dernier peut donc être l'aboutissement de l'évolution lente de la gastrite chronique à *H. pylori*.

## Références

1. Hill AB. The Environment and Disease Association or Causation. *Proc R Soc Med* 1965;58(5):295-300.
2. Kuipers EJ, Thijs JC, Fresten HP. The prevalence of *Helicobacter pylori* in peptic ulcer disease. *Aliment Pharmacol Ther* 1995;9(suppl 2):59-69.
3. Ford A, Delaney B, Forman D, Moayyedi P. Eradication therapy for peptic ulcer disease in *Helicobacter pylori* positive patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD 00.
4. Ito T, Kobayashi D, Uchida K, Takemura T, Nagaoka S, Kobayashi I, et al. *Helicobacter pylori* invades the gastric mucosa and translocates to the gastric lymph nodes. *Laboratory Investigation* 2008; 88:664-81; doi:10.1038.
5. Brown LM. *Helicobacter pylori*: epidemiology and routes of transmission. *Epidemiol Rev* 2000;22:283-297.
6. Atherton JC. The clinical relevance of strain types of *Helicobacter pylori*. *Gut* 1997;40:701-3.
7. Kenneth MC. *Helicobacter pylori* infection; *New England Journal of Medicine* 2010;362:1597-1604.
8. Woodward M, Morrison C, McColl K. An investigation into factors associated with *Helicobacter pylori* infection. *J Clin Epidemiol* 2000;53:175-81.
9. Malaty HM. Epidemiology of *helicobacter pylori* infection. *Best Practice Research Clinical Gastroenterology* 2007;21(2):205-14.
10. Hunt RH, Xiao SD, Megraud F. *Helicobacter pylori* in developing countries. *World Gastroenterology Organisation Global Guideline. J Gastrointestin Liv Dis* 2011;20:299-304.
11. Everhart JE. Recent developments in the epidemiology of *Helicobacter pylori*. *Gastroenterology Clinics of North America* 2000;29(3):78-559.
12. Camargo MC, Lazcano-Ponce E, Torres J, Velasco-Mondragon E, Quiterio M, Correa P. Determinants of





- Helicobacter pylori* seroprevalence in Mexican adolescents. *Helicobacter* 2004;9:106-14.
13. Guisset M, Coton T, Rey P, Debonne JM. L'infection à *Helicobacter pylori* dans les pays en développement. *Méd Trop* 1997;57:77-82.
14. Malaty HM, Nyren O. Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection. *Helicobacter* 2003;8:8-12.
15. Diomandine ML, Flejou JF, Potet F, Dago-Akribi A, Ouattara D. Gastrite chronique et infection à *Helicobacter pylori* en Côte d'Ivoire. Étude d'une série de 277 patients symptomatiques. *Gastroentérol Clin Biol* 1991;15:711-16.
16. Holcombe C, Kaluba J, Lucas SB. *Helicobacter pylori* and gastritis in healthy Nigerians. *Eur J Epidemiol* 1994;10:223-25.
17. Graham DY, Malaty HM, Evans DG, Evans DJ, Klein PD, Adam E. Epidemiology of *Helicobacter pylori* in an asymptomatic population in the United States. *Gastroenterol* 1991;100:1495-1501.
18. Ramanampamonjy RM, Randria MJD, Razafimahefa SH, Ratsimandisa R, Rajaonarivelo P. Séroprévalence de l'infection due à *Helicobacter pylori* dans un échantillon de population malgache. *Bull Soc Pathol Exot* 2007;101(1):57-60.
19. Hunt RH, Xiao SD, Megraud F. *Helicobacter pylori* in developing countries. World Gastroenterology Organisation Global Guideline. *J. Gastrointestin Liv Dis*, 2011;20:299-304.
20. Marshall BJ, Warren JR. Unidentified curved bacilli in the stomach patients with gastritis and peptic ulceration. *Lancet* 1984;1(8390):1311-15.
21. Brown LM. *Helicobacter pylori*: epidemiology and routes of transmission. *Epidemiol Rev* 2000;22:283-97.
22. Binan Y, et al. Cancer gastrique et *Helicobacter pylori*: résultats d'un centre d'endoscopie à Abidjan. *Revue Internationale des Sciences Médicales* 2006;8(1):23-27.
23. Haruma K. Trend toward a reduced prevalence of *Helicobacter pylori* infection, chronic gastritis and gastric cancer in Japan. *Gastroenterology Clinics of North America* 2000;29 (3):623-31.

### Aucun lien d'intérêt



# Modèle expérimental d'apprentissage de la dissection sous-muqueuse : étude d'un protocole d'anesthésie en ventilation spontanée chez 42 porcs

*Experimental model for submucosal dissection training: study of a protocole of sedation under spontaneous ventilations in 42 pigs*

Jean-Christophe Létard, Jean Marc Canard, François Cessot, Pierre-Adrien Dalbiès, Roger Pierre Charles, Bérangère Kieffer, Philippe Capot, Denis Sautereau.

IFRED, service d'Hépatogastroentérologie, CHU Dupuytren, 2, Avenue Martin Luther King, 87042 Limoges Cedex

## Résumé

Le but de ce travail de l'IFRED était de valider un nouveau protocole d'anesthésie (IMIV) induit par voie intramusculaire chez le cochon vivant/non sacrifié maintenu en ventilation spontanée, dans des conditions similaires à la réalisation de la dissection sous-muqueuse chez l'homme.

Cette étude a été conduite chez 42 porcs de type « large white » de 20 à 30 kg (2 à 3 mois d'âge) à jeun depuis 48 heures (IFRED) chez qui ont été réalisées 51 dissections sous-muqueuses gastriques calibrées à 6 cm<sup>2</sup>.

Une prémédication était réalisée en cage 15 mn avant la procédure avec du Stresnil® 1 mL associé à 0,1 mL de Robinul® par voie IM. L'anesthésie était débuté en cage avec du Zolétil® 100 1 mL par voie IM.

Au bout de 30 mn, était réalisé un bolus de Zolétil® de 0,4 mL IV puis des injections itératives à la demande de 0,2 mL de Zolétil® en fonction du degré de vigilance. Après la procédure, les animaux étaient remis en cage, surveillés 48 h avec une visite vétérinaire à 90 jours.

Le protocole d'anesthésie utilisé a permis de réaliser les ESD avec un taux de succès d'exérèse de 50 sur 51 procédures soit (98 %), une exérèse a été impossible du fait d'une complication perforative immédiate non contrôlable. Sur les 42 cochons, 39 étaient vivants à 48 heures puis 90 jours, 3 décès précoces sont survenus.

En moyenne, pour les différentes procédures de 15 à 60 mn, il a été utilisé 1,5 à 2 mL de Zolétil® par cochon. En cas de procédure prolongée, des doses totales de 3 mL ont été utilisées par bolus de 0,2 mL répétés selon le niveau de vigilance. Notre expérience nous a montré que le Robinul® systématiquement associé au Stresnil® en IM diminuait l'utilisation de drogues tonocardiaques (3 premiers cochons).

Le protocole IMIV d'anesthésie est simple, reproductible et bien toléré en ventilation spontanée ; il est adapté à la réalisation et apprentissage de l'ESD. L'induction de l'anesthésie avec du Zolétil® I par voie IM est efficace pendant 30 mn, mais doit être reconduite par voie IV. L'utilisation de jeunes cochons de 2 à 3 mois facilite la procédure du fait de leur faible poids (20 à 30 Kg).

## Mots-clés

ESD ; Dissection sous-muqueuse ; Apprentissage ; Modèle expérimental animal



## Abstract

*This work realized by the IFRED aimed at validating a new protocol of intramuscular sedation (IMIV) in live/non-sacrificed pigs maintained under spontaneous ventilation, in the same conditions as submucosal dissection in humans.*

*This study was conducted in 42 large white pigs weighing 20 to 30 kg (age: 2 to 3 months) fasting since 48 hours (IFRED) in which 51 gastric submucosal dissections of 6 cm<sup>2</sup> were performed.*

*A premedication was administered intramuscularly (IM) in the cage 15 mn before the procedure with Stresnil® 1 mL associated to 0.1 mL of Robinul®. The sedation was started in the cage with Zoletil® 100 1 mL IM.*

*After 30 mn a bolus of Zoletil® 0.4 mL was injected intravenously (IV) and injections of Zoletil® 0.2 mL were repeated according to the degree of vigilance.*

*After the procedure, the animals were replaced in their cages, with a 48-hour follow-up and a veterinary control after 90 days.*

*The sedation protocol used allowed for performing the ESD with an exeresis success rate of 50 out of 51 procedures (i.e. 98%); one exeresis failed because of an immediate perforative complication which could not be controlled. Out of the 42 pigs, 39 were alive after 48 hours and after 90 days. Three early deaths occurred.*

*In average for the different procedures of 15 to 60 mn duration, we used 1.5 to 2 mL of Zoletil® for each pig. In case of prolonged procedure, doses of 3 mL were used by bolus of 0.2 mL repeated according to the degree of vigilance. Our experience showed that the Robinul® systematically associated to Stresnil® IM diminished the use of cardiotonic medication (3 first pigs).*

*The IMIV protocol of sedation is simple, reproducible and well tolerated under spontaneous ventilation; it is adapted to the realization and training of ESD. The induction of the sedation with Zoletil® IM is efficient during 30 mn, but should be continued intravenously. The use of 2-3-month pigs makes the procedure easier because of their low weight (20 to 30 kg).*

## Keywords

*ESD; Endoscopic sub mucosa dissection; Learning curve; Experimental animal model*

La dissection sous-muqueuse (ESD) s'effectue pour des lésions digestives étendues avec des dissecteurs à courant de haute fréquence, de formes différentes et pour certains, la possibilité d'injecter du sérum physiologique à haute ou basse pression. Cette technique demande un apprentissage spécifique qui nécessite des modèles expérimentaux animaux.

## Buts de l'étude

- ▶ de valider un nouveau protocole d'anesthésie induit par voie intra -musculaire (IM) chez le cochon maintenu par injection intra-veineuse (IV) en ventilation spontanée [1-7] ;
- ▶ d'évaluer la faisabilité, les temps de dissection et les complications en utilisant et en comparant les dissecteurs présents sur le marché [8-14] ;

De mai 2007 à mai 2012, au décours de 6 séminaires de 7 jours de l'Institut de Formation et de Recherche en Endoscopie Digestive (IFRED), 51 ESD gastriques élargies d'environ 6 cm<sup>2</sup> ont été réalisées par 5 endoscopistes confirmés (DS, JMC, JCL, FC, PD) ayant une expérience annuelle d'environ 10 ESD sur modèle animal.

Cette étude a été réalisée chez 42 cochons anesthésiés selon un nouveau protocole associant une injection IM et IV de Zolétil® 100 (IMIV).



## Matériels et méthodes

### Modèle animal

Cette étude a été faite sur 42 cochons (« large white ») de 20 à 35 kg (2 à 3 mois d'âge), à jeun depuis 48 heures.

Une **prémédication** était réalisée en cage 15 mn avant la procédure avec du Stresnil® 1 mL (azapérone, action anti-stress et vasodilatation veineuse) associé à 0,1 mL de Robinul® (glycopyrrolate, anticholinergique à action prolongée) par voie IM.

L'**anesthésie** était débutée en cage avec du Zolétil® 100 (tilétamine 250 mg + zolazépam 250 mg) 1 mL par voie IM.

Une fois l'anesthésie en ventilation spontanée débutée, les cochons étaient installés en décubitus latéral gauche avec les pieds entravés par des liens, un cale-bouche de 10 cm était maintenu par un lien peu serré.

Secondairement était mis en place une voie veineuse à l'oreille droite à l'aide d'un cathon à ailettes fixé par points de sutures (10 cas), agrafes (20 cas), colle biologique (12 cas).

Au bout de 30 mn était réalisé un bolus de Zolétil® 100 de 0,4 mL IV puis des injections itératives à la demande de 0,2 mL de Zolétil® 100 en fonction du degré de vigilance (Tableau 1).

Après la procédure, les animaux étaient remis en cage et surveillés pendant 48 h avec une visite vétérinaire à 30 puis 90 jours.

### Matériel d'endoscopie

Dans cette étude ont été utilisés des processeurs Fujinon® EPX 201, EVE 400, des endoscopes Fujinon® EG-250HR2, double canal EG-450D5, EC-450WM5 (Fujinon®, France, St Quentin en Yvelines), des bistouris électriques Erbe ICC 200, VIO 200 D (Erbe, Allemagne, Tübingen).

### Matériel d'endothérapie

- Anses Captivator de 2,7 cm de largeur et 5 cm de longueur (Boston Scientific®).
- Injecteurs : aiguille interject® (Boston Scientific®), FlushKnife (Fujinon®), Cathéters d'injection Erbejet® et HybridKnife.
- Dissecteurs :
  - ▶ conventionnels (Olympus®, Optical, Tokyo, Japon): ITKnife ou Safe Knife à pointe isolée par une boule distale ; HookKnife avec une forme en « L » et une rotation possible sur 360°, lame 4,5 mm de long, crochet 1,3 mm de long diamètre de 0,4 mm ; le FlexKnife souple de longueur variable jusqu'à 10 mm ; le triangleTKnife, lame de 4,5 mm de long, d'épaisseur de 0,4 mm ;
  - ▶ à injection d'eau à faible pression de type FlushKnife (Fujinon® 4 Bar), pointe à dissection fine de 2, 2,5 et 3 mm de longueur ;
  - ▶ à injection d'eau à haute pression par HybridKnife® (Erbé® 30 Bar) électrode droite de 5 mm, 0,7 mm de diamètre pour le Type I, comportant un plateau distal pour le type T, avec une boule isolante pour le type O.
- des supers anses MTW® (Allemagne, Wese) de deux types : (Kudo 50 mm et asymétriques 60 mm
- des clips Boston Scientific® (Résolution 1 et 2) et Ovesco®
- un « Coag grasper » (Olympus®) avec réglage en soft coagulation, pédale bleue, effet 5, puissance 80 watts.
- des capuchons bagues transparents Fujinon® DH18GR et DH19GR.

### Méthode et procédure d'ESD

Après installation en décubitus latéral gauche et anesthésie du cochon, la détermination de la superficie de la zone à réséquée était déterminée à l'aide d'une anse à polypectomie classique de 2,7 cm (Captivator®, Boston Scientific).

Le marquage était réalisé en coagulation forcée.



L'injection sous muqueuse de sérum physiologique était réalisée avec une aiguille interjet (Boston Scientific®) en cas d'échec du soulèvement avec un cathéter Erbejet® ou d'un HybridKnife réglés à 30 Bar ou du FlushKnife.

L'incision périphérique était réalisée en endocoupe Q.

La dissection était réalisée en « swift » coagulation selon 4 techniques différentes consécutives :

- **Technique 1** : injection et dissection au FlushKnife, Fujinon® avec pompe FTS JW2
- 10 procédures avec pointe de 2 mm (1 cas), 2,5 mm (4 cas), 3 mm (5 cas).
- **Technique 2** : injection cathéters Erbejet® à 30 Bar, dissecteurs conventionnels : Olympus® 8 procédures FlexKnife (2 cas), SafeKnife (2 cas), HookKnife (2 cas), TriangleKnife (2 cas) ; 2 procédures Boston Scientific® avec un NeedleKnife
- **Technique 3** : injection à 30 Bar et dissection par HybridKnife : 25 procédures (Type I : 5 cas, Type T : 15 cas, Type O : 5 cas).
- **Technique 4** : injection à 30 Bar et incision périphérique par HybridKnife avec pour la dissection des supers anses MTW® 6 procédures (Kudo 3 et asymétriques 3) (Tableau 2).

Un capuchon bague transparent Fujinon® DH18GR ou DH19GR été systématiquement utilisés pour la dissection de la sous-muqueuse.

En cas d'hémorragie étaient utilisés soit des clips Boston Scientific®, soit une pince « Coag grasper » en « soft » coagulation effet 5, 80 watts.

En cas de perforation, étaient utilisés des clips Boston Scientific® ou Ovesco.

La quantité moyenne de sérum physiologique injecté était de 300 mL avec le FlushKnife et de 100 mL avec HybridKnife par procédure.

A la fin de la procédure, la pièce d'exérèse était récupérée, la zone de dissection lavée puis inspectée avec une parfaite insufflation afin de dépister une éventuelle perforation.

La taille de la pièce d'exérèse était confirmée par l'étude macroscopique des pièces d'exérèse, dans la plupart des cas.

Après la procédure, les animaux étaient remis en cage et surveillés pendant 48 h.

L'ensemble des procédures a été enregistré avec un enregistreur numérique.

## Résultats

1) Le protocole d'anesthésie utilisé outre sa simplicité a permis de réaliser les ESD sur l'ensemble des 42 cochons.

L'induction de l'anesthésie en IM était efficace pendant 30 mn et permettait de débiter l'examen et placer la voie veineuse à l'oreille droite. Il n'a été noté aucun cas d'ulcère de stress chez les cochons.

En moyenne pour les procédures de 15 à 60 mn, il a été utilisé 1,5 à 2 mL de Zolétil® par cochon. En cas de procédure plus prolongée, des doses totales de 3 mL ont été administrées par bolus de 0,2 mL répétés selon le niveau de vigilance.

2) 51 ESD ont été réalisées sur 42 cochons avec un taux de succès d'exérèse de 50 sur 51 procédures soit 98 % ; une exérèse a été impossible du fait d'une complication perforative immédiate mal contrôlable.

Sur les 42 cochons, 39 étaient vivants à 48 heures, 3 décès sont survenus : un décès peropératoire secondaire à la perforation mal contrôlable avec un HybridKnife Type O (Technique 3) ; deux décès à 12 heures : l'un lié à une perforation passée inaperçue avec un HookKnife (Technique 2), l'autopsie révélait une escarre gastrique de 3 cm<sup>2</sup> perforée, et un décès par arrêt cardio-respiratoire inexpliqué sans perforation, ni hémorragie après autopsie.

Le temps moyen selon les techniques utilisées variés de 15 à 60 mn :

- Technique 1 : temps de la procédure moyen de 60 mn (10 mn par cm<sup>2</sup>)
- Technique 2 : temps de la procédure moyen de 45 mn (7,5 mn par cm<sup>2</sup>)
- Technique 3 : temps de la procédure moyen de 30 mn (5 mn par cm<sup>2</sup>)
- Technique 4 : temps de la procédure moyen de 15 mn (2,5 mn par cm<sup>2</sup>).



Huit complications sont survenues au cours de cette étude :

- 2 complications hémorragiques artérielles (4 %) l'une traitée par clips Boston Scientific® (3 clips) et l'autre par « coag grasper » (Technique 1 et 2).
- 6 perforations soit 12% : 2 cas sur 2 dans la Technique 2 (HookKnife) ; 4 cas sur 25 avec technique 3 avec HybridKnife (Type T : 2 cas, et Type O : 2 cas). Les perforations ont été traitées efficacement par voie endoscopique dans 5 cas sur 6 avec des clips Ovesco (1 cas) et Boston Scientific® : 5 cas (3 à 6 clips).

Il n'y a pas eu de complications tardives secondaires à la procédure à 30 et 90 jours.

## Discussion

Cette étude avait pour objectifs de comparer les différents matériels utilisables dans la dissection sous muqueuse et de valider le modèle d'anesthésie.

Le protocole d'anesthésie IMIV a permis l'ESD avec un taux de succès de 98 % et dans notre expérience l'injection systématique de Robinul® associée au Stresnil® en IM a diminué l'utilisation de drogues tonocardiaques (3 premiers cochons). L'induction de l'anesthésie par voie IM était efficace pendant 30 à 40 mn, mais ne pouvait être reconduite par voie IM.

Cette anesthésie par voie IM permettait de mettre en place une voie veineuse au niveau de l'oreille droite par des cathlons à ailettes fixés.

Dans cette étude, nous avons utilisé en moyenne 1,5 à 2 mL de Zolétil® par cochon avec des doses maximales de 3 mL bien tolérées.

Dans notre étude, nous montrons que la durée des procédures varie de 2,5 mn à 10 mn par cm<sup>2</sup> selon le matériel utilisé et que l'ensemble du matériel à disposition permet la réalisation de l'ESD dans la quasi-totalité des procédures.

La technique 4 conjuguant incision périphérique et section à l'anse est la technique la plus rapide (2,5 mn par cm<sup>2</sup>) sans complication spécifique dans cette étude mais elle mérite d'être évaluée sur un nombre de procédures plus important du fait du risque hémorragique.

L'association sur le même instrument de l'injection et de la dissection (technique 3) est la technique d'ESD la plus rapide. Le temps moyen par procédure est de 5 mn par cm<sup>2</sup>. La quantité de sérum physiologique injectée est de 100 mL en moyenne.

La technique 2 augmente un peu le temps de dissection du fait du changement des instruments mais pourrait être plus rapide en utilisant un endoscope à double canal.

La technique 1 dans notre étude était la plus longue du fait d'un soulèvement insuffisant lié à la faible pression de la pompe.

L'ensemble des complications immédiates a pu être pris en charge endoscopiquement sauf pour une perforation non contrôlable. Il n'y a pas eu de complication à 30 et 90 jours.

Toutes les séquences vidéo des procédures ayant fait l'objet de complications ont été revues par l'ensemble des experts pour apprécier les éventuelles fautes techniques.

Deux perforations sont survenues avec le HookKnife dont l'une différée, probablement par diffusion du courant électrique, les fabricants conseillent de diminuer de moitié la puissance pour ce type de dissecteur. Deux perforations avec l'HybridKnife Type T sont apparues par faute technique (non visualisation permanente de la bague distale de sécurité dans la procédure). Des systèmes à pointe protégés n'ont pas mis à l'abri d'une perforation (2 cas avec HybridKnife Type O) par un excès de confiance et faute technique (non visualisation permanente de la bague distale de sécurité dans la procédure).

Deux hémorragies significatives sont survenues dans cette étude traitées par clips ou « coag grasper ». Les saignements peu significatifs ont tous rétrocedé avec l'injection ou par « soft » coagulation.

Le protocole d'anesthésie IMIV a été jugé simple, efficace, reproductible, bien toléré en ventilation spontanée avec une faible morbidité et non invasif ou stressant pour l'animal comme en témoigne l'absence d'ulcère de stress. L'utilisation de jeunes cochons de 2 à 3 mois facilitait la procédure du fait de leur faible poids (20 à 35 Kg).

L'utilisation de méthodes de contrôle de la saturation en oxygène et de la fréquence cardiaque





pourrait améliorer la sécurité des procédures, en particulier dans le cas où le cochon est mort sur table, son état cardiaque défaillant ayant été constaté trop tard pour interrompre le geste.

*Tableau 1 : Protocole d'anesthésie en ventilation spontanée (IMIV)*

<b>Protocole IMIV Pour procédures endoscopiques de 15 à 90 mn chez le cochon de 20 à 35 kg « large white » en ventilation spontanée</b>	<b>Déroulement de l'anesthésie</b>	<b>Drogues utilisées</b>	<b>Action principale</b>	<b>Voie d'injection et doses</b>
<b>Prémédication</b>	en cage 15 mn avant la procédure	Stresnil® (azapérone)	anti-stress et vasodilatation veineuse	IM 1mL
	en cage 15 mn avant la procédure dans la même seringue	Robinul® (glycopyrrolate)	anticholinergique à action prolongée	IM 0,1 mL
<b>Début de l'anesthésie</b>	en cage Ventilation spontanée	Zolétil® 100 (tilétamine 250 mg + zolazépam 250 mg)	agent anesthésique	IM 1mL
<b>Maintien de l'anesthésie</b>	Sur table à 30-40 mn Ventilation spontanée  puis en fonction du niveau de vigilance	Zolétil® 100  Zolétil® 100		IV 0,4 mL  IV 0, 2 mL répétés jusque à 3 mL (dose moyenne 1,5 mL)



Tableau 2 : Différentes techniques d'ESD utilisées dans cette étude chez 42 cochons, temps de dissection et complications.

Différentes techniques d'ESD	Injecteurs	Dissecteurs	Temps Moyen des procédures	Complications
<b>Technique 1</b>	10 injections Flush Knife, Fujinon® avec pompe FTS JW2	10 FlushKnife, Fujinon®  pointe de : 2 mm (1 cas) 2,5 mm (4 cas), 3 mm (5 cas)	60 mn  (10 mn par cm <sup>2</sup> )	2 hémorragies modérées traitées par endoscopie
<b>Technique 2</b>	10 injections cathéter Erbejet® à 30 Bar,	10 dissecteurs conventionnels :  Olympus® (8 cas) FlexKnife (2 cas), SafeKnife (2 cas), HookKnife (2 cas), TriangleKnife (2 cas)  Boston Scientific® avec un NeedleKnife (2 cas)	45 mn  (7,5 mn par cm <sup>2</sup> )	2 perforations sur 2 cas de HookKnife  1 cas passé inaperçu avec escarre de 3 cm <sup>2</sup> à l'autopsie  1 décès
<b>Technique 3</b>	25 injections à 30 Bar et dissection  HybridKnife Erbe®	25 dissecteurs HybridKnife Erbe® :  Type I (5 cas)  Type T (15 cas)  Type 0 (5 cas)	30 mn  (5 mn par cm <sup>2</sup> )	4 perforations sur 25 cas d' HybridKnife (Type T : 2 cas et Type 0 : 2 cas)  3 cas traités par endoscopie : 1 décès
<b>Technique 4</b>	6 injections à 30 Bar par HybridKnife Erbe®	6 supers anses MTW®  Kudo (3 cas)  asymétriques (3 cas)	15 mn  (2,5 mn par cm <sup>2</sup> )	-
<b>Événements indésirables</b>	1 décès à 12 heures inexpliqué sans complication endoscopique à l'autopsie	1 décès sur table par mauvaise détection de la détresse cardio-respiratoire après perforation		Après étude vidéo 5 des 6 perforations étaient liées à une non-visualisation permanente de la bague distale de sécurité dans la procédure



## Références

1. Giday SA, Magno P, Buscaglia JM, Canto MI, Ko CW, Shin EJ, Xia L et al. Is blood the ideal submucosal cushioning agent? A comparative study in a porcine model. *Endoscopy* 2006;38(12):1230-4.
2. Ishizuka T, Hayashi T, Ishihara M, Yoshizumi Y, Aiko S, Nakamura S, Yura H et al. Submucosal injection for endoscopic mucosal resection of photocrosslinkable chitosan hydrogel in DMEM/F12 medium. *Endoscopy* 2007;39:428-33.
3. Bergstrom M, Ikeda K, Swain P, Park PO. Transgastric anastomosis by using flexible endoscopy in a porcine model (with video). *Gastrointestinal Endosc* 2006;63(2):307-12.
4. Hu B, Kalloo AN, Chung SSC, Cotton PB, Gostout CJ, Hawes RH, Pasricha PJ et al. Peroral transgastric endoscopic primary repair of a ventral hernia in a porcine model. *Endoscopy* 2007;39:390-3.
5. Feretis C, Kalantzopoulos D, Koulouris P, Koettas C, Archontovasilis F, Chandakas S, Patsea H et al. Endoscopic transgastric procedures in anesthetized pigs: technical challenges, complications and survival. *Endoscopy* 2007;39:394-400.
6. Wilhem D, Meining A, Von Delius S, Fiolka A, Can S, Hann von Weyhern C, Schneider A et al. An innovative, safe and sterile sigmoid access (ISSA) for NOTES. *Endoscopy* 2007;39:401-6.
7. Sumiyama K, Gostout CJ, Rajan E, Bakken TA, Deters JL, Knipschild MA, Hawes RH et al. Pilot study of the porcine uterine horn as an in vivo appendicitis model for development of endoscopic transgastric appendectomy. *Gastrointestinal Endoscopy* 2006;64(5):808-12.
8. Ikeda K, Mosse A, Park PO, Fritsher-Ravens A, Bergstrom M, Mills T, Tajiri H et al. Endoscopic full-thickness resection: circumferential cutting method. *Gastrointestinal Endosc* 2006;64(1):82-9.
9. Morita Y, Toyoda M, Yoshida M, Tamura T, Kutsumi H, Inokuchi H et al. The new approach for the difficult cases in early gastric cancer treatment. Development of double scope-ESD method. *Gastrointestinal Endoscopy* 2007;65(5):AB92.
10. Lepilliez V, Robles-Medrand C, Lukashok H, Chemaly M, Longonnet S, Chesnais C et al. The use of waterjet technology in gastrointestinal endoscopy: an experimental study of two new techniques for endoscopic submucosal dissection. *Gastrointestinal Endoscopy* 2007;65(5):AB92.
11. Toyonaga T, Nishino E. Effectiveness of endoscopic submucosal dissection using flush knife for esophageal cancers. *Gastrointestinal Endoscopy* 2007;65(5):AB93.
12. Toyonaga T, Inokuchi H, Man-I M, Morita Y, Yoshida M, Kutsumi K et al. La dissection sous-muqueuse endoscopique au moyen d'un bistouri à aiguille courte avec jet d'eau (Flush Knife) dans le traitement des néoplasies épithéliales du tractus digestif. *Acta Endoscopica* 2007;37:645-52.
13. Oyama T, Hotta K, Tomori A et al. Endoscopic submucosal dissection for superficial esophageal squamous cell carcinoma and adenocarcinoma. *Gastrointestinal Endoscopy* 2007;65(5):AB110.
14. Letard JC, Cessot F, Canard JM, Kieffer B, Capot Ph, Charles RP, Sautereau D. Dissection sous-muqueuse gastrique étendue avec un dissecteur à jet d'eau (« Flush knife ») sur un modèle expérimental porcin anesthésié en ventilation spontanée. *Acta Endoscopica* 2008;2:171-81.

**Aucun lien d'intérêt**



# La kystogastrostomie guidée par écho-endoscopie dans le traitement des collections pancréatiques : expérience de l'hôpital militaire de Rabat (Maroc)

*Endoscopic ultrasound-guided cystogastrostomy in the management of pancreatic collections: experience of the Military hospital of Rabat (Morocco)*

**Hassan Seddik, Youssef Hnach, Ahmed Benkirane**

Service d'hépatogastroentérologie II, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat (Maroc)

seddikhassan@yahoo.fr

## Résumé

**Introduction :** La prise en charge des collections pancréatiques compliquant une pancréatite (pseudokystes) ou survenant après chirurgie pancréatique, a bénéficié ces dernières années de méthodes moins invasives, afin d'améliorer l'efficacité du drainage et éviter ses complications. L'utilisation de l'écho-endoscopie au cours de la kystogastrostomie permet de drainer en un seul temps, les collections liquidiennes même en l'absence de bombement dans la lumière digestive.

**Objectif :** Evaluer l'efficacité et l'innocuité de la kystogastrostomie guidée par échoendoscopie dans le traitement des collections pancréatiques en utilisant un échoendoscope linéaire et un cystotome.

**Type de l'étude :** Etude prospective.

**Patients et Méthodes :** Quinze patients ont bénéficié d'une kystogastrostomie guidée par échoendoscopie. Il s'agissait de 10 hommes et 5 femmes ayant présenté des pseudokystes compliquant une pancréatite aiguë dans 14 cas et une chirurgie pancréatique dans un cas. Tous les malades ont bénéficié, avant le geste, d'une tomодensitométrie avec injection de produit de contraste.

La kystogastrostomie a été réalisée en utilisant un écho-endoscope linéaire et un cystotome permettant la mise en place d'une seule prothèse double queue de cochon dans un cas, et deux prothèses double queue de cochon dans 14 cas.

**Résultats :** L'âge moyen des patients était de  $55,2 \pm 8,4$  ans avec des extrêmes de 40 et 76 ans. La taille moyenne des collections pancréatiques était de  $11,8 \pm 3,1$  cm. Le taux de succès immédiat du geste était respectivement de 79 % et 100 %. Au cours d'un suivi moyen de  $10,5 \pm 5,3$  mois, le taux de succès global en intention de traiter et en per protocole était respectivement de 68,4 % et 86,7 %. Le taux de complications attribuables au geste en intention de traiter était de 10,5 %.

**Conclusion :** La kystogastrostomie sous contrôle écho-endoscopique semble être une approche efficace et sûre dans le traitement de première intention des collections pancréatiques symptomatiques ou compliquées.

## Mots-clés

Echo-endoscopie ; Kystogastrostomie ; Collections pancréatiques



## Abstract

**Introduction:** Recently, the management of pancreatic collections complicating pancreatitis (pseudocyst) or occurring after pancreatic surgery has benefited from minimally invasive methods to improve the efficiency of drainage and prevent its complications. The guidance of cystgastrostomy using endoscopic ultrasound (EUS) allows for the drainage of fluid collections in a single step, even without bulging of the digestive wall; thus accidents by puncturing blood vessels can be prevented.

**Objective:** To evaluate the efficacy and safety of EUS-guided kystogastrostomy of pancreatic collections using a linear array echoendoscope and cystotome.

**Design:** prospective case series from January 2010 to September 2012.

**Material and Methods:** a kystogastrostomy guided by EUS was performed in 15 patients: 10 men and 5 women due to the presence of pseudocysts complicating acute biliary pancreatitis in 14 cases and a collection occurring after pancreatic surgery in one case. Endoscopic therapy was preceded by abdominal imaging such as computerized tomography (CT scan) with injection of contrast in all patients. The technique was performed using a linear array echoendoscope and cystotome in all patients permitting to place two double pigtail stent in 14 cases and a single one in the remaining case.

**Results:** The mean age was  $55.2 \pm 8.4$  years (extremes: 40-70). The average size of pancreatic collections was  $11.8 \pm 3.1$  cm. EUS-guided stent placement was successful in all patients. Over a mean follow-up period of  $10.5 \pm 5.3$  months, the rate of complete resolution of the pancreatic collection on imaging was 86.7%. No major complication occurred.

**Conclusion:** The good results of cystogastrostomy under EUS control in terms of efficacy and safety makes it the treatment of choice for symptomatic or complicated pancreatic fluid collections.

## Keywords

Endoscopic ultrasound; Kystogastrostomy; Pancreatic collections

## Introduction

La prise en charge des collections pancréatiques compliquant une pancréatite ou survenant après chirurgie pancréatique peut s'envisager de plusieurs manières [1,2] : l'abstention avec traitement médical conservateur ; le traitement endoscopique transmural ou transpapillaire ; le drainage radiologique transcutané qui risque de pérenniser la fistule et le traitement chirurgical qui reste encore associé à un taux de morbidité élevé. Actuellement, le traitement endoscopique est devenu une alternative à la chirurgie. Le guidage écho-endoscopique est fortement recommandé en première intention, permettant le drainage des collections pancréatiques sans bombement dans la lumière digestive et réduisant le risque de saignement [3,4]. En outre, l'utilisation d'écho-endoscopes interventionnels permet la réalisation du geste en un seul temps (sans échange d'écho-endoscope avec un duodénolescope thérapeutique). L'objectif de cette étude prospective était d'évaluer l'efficacité et l'innocuité de la kystogastrostomie guidée par écho-endoscopie dans le traitement des collections pancréatiques en utilisant un écho-endoscope linéaire et un cystostome.

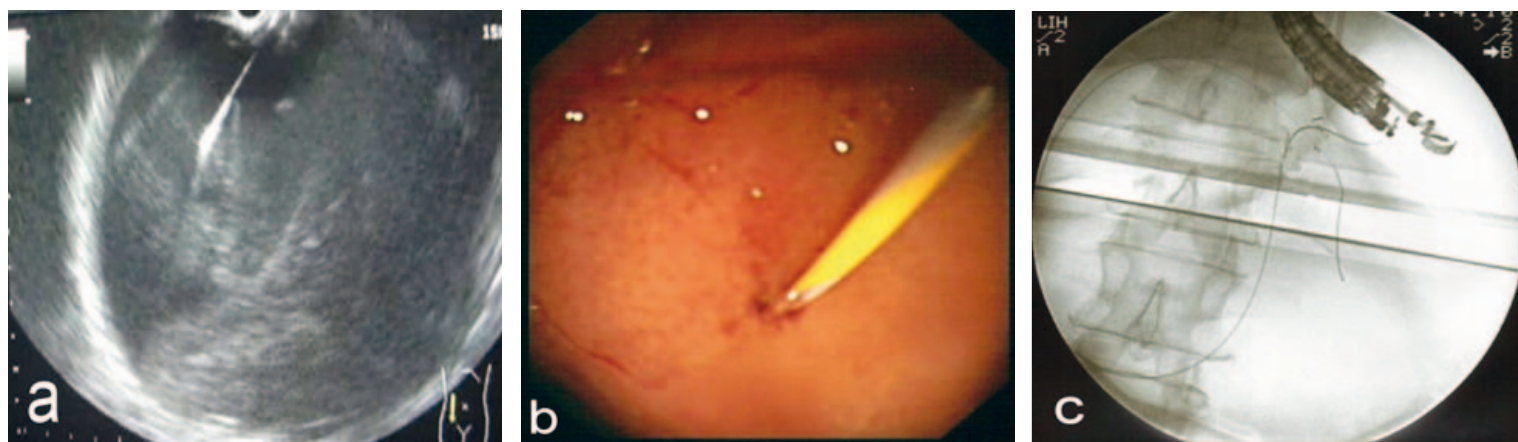
## Patients et méthodes

Entre janvier 2010 et septembre 2012, 19 patients avec des collections pancréatiques ont été candidats à une kystogastrostomie guidée par écho-endoscopie. Quatre patients étaient inéligibles à un drainage par cette technique en raison de la présence d'une nécrose intrakystique ou d'une interposition vasculaire. Le bilan lésionnel initial était apporté par un scanner abdominal avec injection de produit de contraste. Une antibioprophylaxie encadrant le geste a été administrée chez tous les patients. Le drainage endoscopique a été réalisé sous anesthésie générale avec intubation (afin d'éviter le risque d'inhalation après ponction des pseudokystes).

Le guidage échoendoscopique a été effectué par un écho-endoscope linéaire (Olympus GF-UCT 240)



à large canal opérateur (3,7 mm). La ponction des collections a été réalisée grâce à une aiguille de ponction type Echotip® 19G. La création du trajet de la kystogastrostomie a été effectuée à l'aide d'un Cystotome™ (Wilson Cook) qui se compose d'un cathéter externe de 10 Fr muni à son extrémité distale d'une bague diathermique et d'un cathéter interne renfermant un fil métallique qui se termine à son extrémité distale par une aiguille coupante. La recherche du site optimal de la ponction ainsi que la mesure de l'épaisseur de la jonction kystogastrique (moins de 10 mm) ont été réalisées grâce à la fonction linéaire de l'écho-endoscope. La vérification de l'absence d'interposition vasculaire sur le trajet de la ponction a été effectuée à l'aide d'un examen Doppler. Toutes les collections étaient ponctionnées à l'aide de l'aiguille de l'Echotip® avec prélèvements pour examen biochimique, cytot bactériologique et dosage des marqueurs tumoraux (Fig. 1a). Un fil guide (Metro® 0,035 inch) introduit dans la gaine de l'Echotip® a été enroulé dans le kyste sous contrôle radiologique (Fig. 1b, 1c).



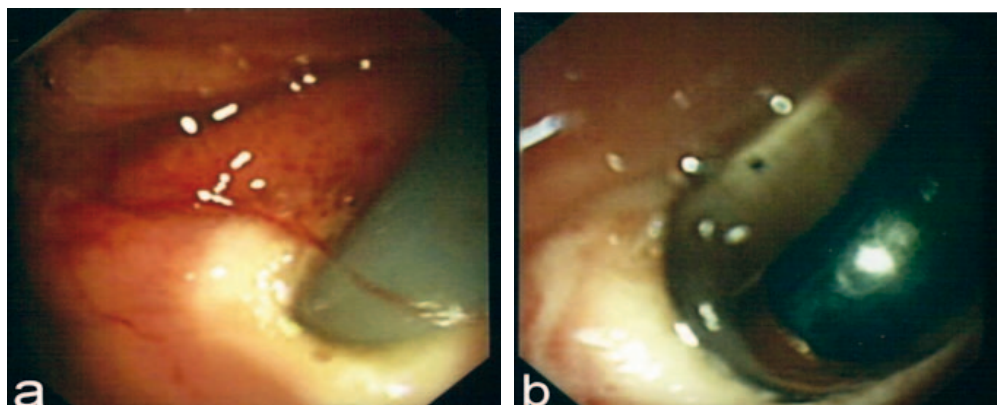
**Figure 1**

*a. Vue échoendoscopique: ponction du pseudokyste pancréatique.*

*b. Vue endoscopique : fil guide introduit dans le site de ponction.*

*c. Vue radiologique: fil guide enroulé dans le pseudokyste.*

Le cathéter externe du cystotome a été ensuite glissé sur fil guide, après retrait de son cathéter interne, permettant la création du trajet de la kystogastrostomie grâce à sa bague diathermique (Fig. 2a) en utilisant un courant de section pure (générateur ERBE : Autocut, puissance 80W). Un deuxième fil guide a été ensuite introduit dans le kyste à travers le cathéter externe du cystostome (Fig. 2b).



**Figure 2**

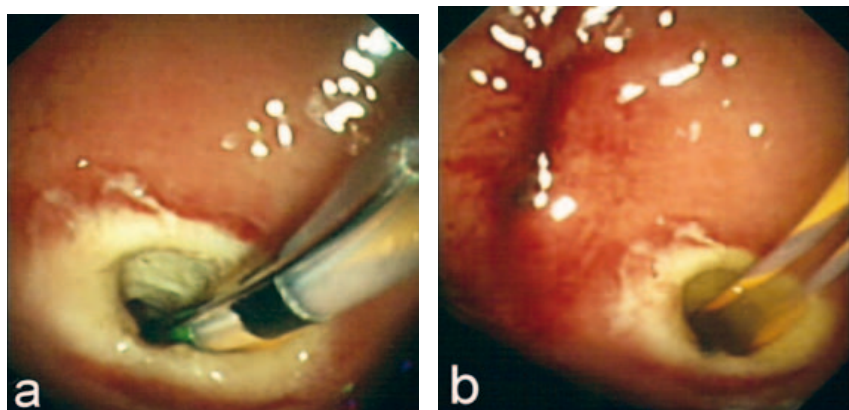
*Vue échoendoscopique :*

*a) Cathéter externe du cystotome introduit dans le site de ponction initiale ;*

*b) dilatation du site de ponction.*



Deux prothèses en double queue de cochon 7,5 ou 8 Fr ont été successivement glissées chacune sur un fil guide sous contrôle endoscopique et radiologique (Fig. 3). Un contrôle clinique et scannographique a été réalisé systématiquement chez tous les patients 48 à 72 heures après le geste puis tous les mois jusqu'à résolution complète de la collection pancréatique. Le retrait des prothèses a été réalisé sous endoscopie après disparition complète de l'image radiologique. Ensuite le contrôle était clinique et échographique tous les 3 mois pendant une année puis tous les 6 mois pendant une année.



**Figure 3**

*Vue endoscopique :*

*a) Mise en place d'un deuxième fil guide dans le pseudokyste en utilisant un sphinctérotome ;*

*b) Deux fils guides dans l'orifice de la kystogastrostomie.*

## Résultats (Tableau 1)

Tous les patients présentaient des collections pancréatiques symptomatiques et persistantes après un délai de six semaines. Il s'agissait de dix hommes et cinq femmes ayant présenté des pseudokystes compliquant une pancréatite aiguë dans 14 cas, et une collection pancréatique compliquant une pancréatectomie caudale pour cystadénome mucineux dans un cas. La pancréatite aiguë biliaire était l'étiologie la plus fréquente des pseudokystes pancréatiques (73,3 %).

L'âge moyen des patients était de  $55,2 \pm 8,4$  ans avec des extrêmes de 40 et 76 ans. La taille moyenne des collections pancréatiques était de  $11,8 \pm 3,1$  cm. Le taux de succès immédiat du geste technique en intention de traiter et en per protocole était respectivement de 79 % et 100 %. Au cours d'un suivi moyen de  $10,5 \pm 5,3$  mois, l'évolution a été marquée par une amélioration de la symptomatologie clinique et une disparition de l'image radiologique dans un délai de deux à trois mois chez 13 patients. Le taux de succès global en intention de traiter et en per protocole était donc respectivement de 68,4 % et 86,7 %. Un patient est décédé d'une embolie pulmonaire trois jours après le geste. Un autre patient a présenté une récurrence symptomatique après un délai de quatre semaines, qui a été gérée chirurgicalement en raison d'une surinfection de la collection pancréatique. Le taux de complications attribuables au geste en intention de traiter était donc de 10,5 %.



Tableau 1. Caractéristiques des patients et résultats de la kystogastrostomie

Cas	Age	Sexe	Etiologie de la collection pancréatique	Taille collection (cm)	Stent taille - Nombre	Succès	Suivi (mois)	Récidive
1	58	H	Pancréatite aiguë biliaire	12	8FR - 1	oui	18	non
2	48	F	Post-pancréatectomie caudale	14	8FR - 2	oui	16	non
3	40	F	Pancréatite aiguë biliaire	10	8FR - 2	oui	15	non
4	70	H	Pancréatite aiguë biliaire	8,5	8FR - 2	oui	15	non
5	60	F	Pancréatite aiguë biliaire	9,5	8FR - 2	oui	1	oui
6	60	H	Pancréatite aiguë biliaire	14	7,5 FR - 2	oui	16	non
7	59	H	Pancréatite aiguë postopératoire	15	7,5 FR - 2	oui	12	non
8	55	H	Pancréatite aiguë	8	7,5 FR - 2	oui	12	non
9	51	H	Pancréatite aiguë biliaire	7	7,5 FR - 2	oui	12	non
10	47	H	Pancréatite aiguë	9	7,5 FR - 2	oui	9	non
11	52	F	Pancréatite aiguë biliaire	11	7,5 FR - 2	oui	7	non
12	63	H	Pancréatite aiguë	13	7 FR - 2	oui	6	non
13	56	H	Pancréatite aiguë biliaire	11	7 FR - 2	oui	4	non
14	65	F	Pancréatite aiguë	13	7 FR - 2	oui	4	non
15	76	H	Pancréatite aiguë biliaire	12	7 FR - 2	oui	*	-

\* Décès trois jours après la procédure par embolie pulmonaire

## Discussion

Les pseudokystes pancréatiques sont définis par des collections liquidiennes localisées de suc pancréatique, entourées d'une paroi fibreuse et non épithéliale [5]. Ils compliquent soit une pancréatite chronique dans 30 à 40 % des cas [6] et sont souvent de type rétentionnel, soit une pancréatite aiguë nécrosante. Les collections pancréatiques postopératoires sont la conséquence d'une extravasation du suc pancréatique à travers une brèche canalaire ou une fistule interne [2]. Celle-ci peut intéresser le canal pancréatique principal ou l'une de ses branches secondaires. Il est généralement recommandé de surveiller ces collections en l'absence de signes de gravité sur un délai de six semaines [7,8] avant de proposer un traitement. Les taux de résolution spontanée des pseudokystes varient selon les études entre 20 et 70 % après un délai de quatre à six semaines [9]. Un traitement s'impose lorsque les collections augmentent de taille, deviennent symptomatiques, se compliquent d'infection, rupture ou hémorragie. Les options thérapeutiques sont représentées par le drainage percutané guidé souvent par échographie ou scanner, traitement endoscopique (par cathétérisme rétrograde ou échoendoscopie) et le drainage chirurgical. Les inconvénients du drainage radiologique sont représentés par le risque de fistule cutanéopancréatique, l'infection et la nécessité de laisser en place un drain externe. Le traitement chirurgical est certes efficace mais reste associé à des complications dans 35 % des cas avec un taux de mortalité avoisinant les 10 % [10]. À ce jour, aucune étude prospective contrôlée comparant directement ces différentes méthodes n'a été réalisée. En conséquence, la prise en charge des pseudokystes et des collections pancréatiques postopératoires varie en fonction du contexte, du degré de l'urgence et de l'expérience de chaque centre. Elle doit s'inscrire dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire.

Le drainage non chirurgical, notamment endoscopique, est actuellement recommandé en première intention [11]. La kystogastrostomie endoscopique consiste à créer une fistule entre la lumière gastrique et la cavité kystique permettant un drainage continu du contenu de la

collection pancréatique dans l'estomac. Cette technique a été largement rapportée dans la littérature [12-15]. Les premières kystogastrostomies endoscopiques se faisaient relativement à « l'aveugle » en utilisant un duodéroscope permettant une ponction diathermique au sommet du bombement digestif. L'inconvénient majeur de cette technique est le risque important d'hémorragie et de perforation [12]. Les taux de succès global rapportés avoisinent les 70 %, avec une morbidité de 19 % et un taux de récurrence de 16 % sur le long terme [16]. Le drainage assisté par écho-endoscopie augmente la faisabilité de drainage des collections sans bombement digestif [17,18]. L'écho-endoscopie permet de réduire le risque de perforation et d'hémorragie en déterminant un site de ponction où la distance entre la lumière digestive et la collection ne dépasse pas les 10 mm tout en vérifiant l'absence d'interposition vasculaire sur le trajet de la ponction [3,4]. Le drainage échoguidé classique se fait en deux étapes. La première consiste en l'identification du site optimal de la ponction grâce à un écho-endoscope radial ou linéaire. La deuxième étape comporte l'échange de l'écho-endoscope par un duodéroscope afin de réaliser la ponction et la mise en place de prothèses. Un drain nasokystique peut être également mis en place pour une durée limitée en cas de pseudokyste spontanément infecté ou en présence d'une nécrose imparfaitement collectée. Une approche en une seule étape en utilisant uniquement un écho-endoscope est devenue possible avec le développement d'écho-endoscopes linéaires interventionnels à large canal opérateur [19-23]. Les taux de succès global rapportés en utilisant cette méthode, sont supérieurs à 90 % [24], avec un faible taux de récurrence de 4 % [25]. Chez nos malades, nous avons réalisé le drainage des collections pancréatiques en utilisant un écho-endoscope en une seule étape. Le taux de succès technique était comparable à celui rapporté dans la littérature [24]. Le taux de succès global en intention de traiter dans notre série (68,4 %) était inférieur à celui rapporté dans la littérature et ceci en raison d'un surcroît de faisabilité. En effet, le drainage sous écho-endoscopie n'a pas pu être réalisé chez quatre (21 %) de nos patients principalement en raison d'une nécrose intrakystique. Ce facteur ne constitue pas une contre-indication mais rend le drainage moins efficace. Vosoghi *et al.* [10] ont rapporté les résultats de leur expérience en matière de drainage des pseudokystes avec une revue de la littérature. Quatre-vingt-dix-neuf patients ont été analysés. Le taux de succès du drainage endoscopique était de 94 % avec 9 % de récurrences symptomatiques, et un taux de complications de 1,4 %.

La taille des pseudokystes n'est pas un facteur déterminant pour la survenue de complications liées au geste. C'est ce que rapportent Soliani *et al.* [26] ; la mortalité hospitalière, la morbidité, et la durée de l'hospitalisation n'ont pas été influencées par la taille de la PPC, bien que les kystes de grande taille (> 10 cm) à la suite d'un épisode aigu de pancréatite aient habituellement exigé des traitements invasifs en raison de symptômes persistants ou de complications.

La mise en place d'une deuxième prothèse permet d'assurer un drainage entre les prothèses en cas d'obstruction de celles-ci. Nous avons utilisé un cystotome pour créer un trajet entre la collection pancréatique et la lumière gastrique. Cet accessoire a l'avantage de créer et d'élargir en toute sécurité l'orifice de ponction initial grâce à son cathéter externe de 10 Fr. Il est plus facile de passer des accessoires tels des fils guides et un cathéter dilateur sur le site de ponction. Néanmoins, certains auteurs ont récemment rapporté que l'insertion de deux stents dans le même pseudokyste avait augmenté le taux de complications (40 % vs 13 %;  $p = 0,185$ ) [27].

De futurs essais contrôlés randomisés avec un plus grand nombre de patients, employant différents types de stents pour le traitement des pseudokystes pancréatiques sont nécessaires pour définir la gestion idéale de ces collections pancréatiques.

## Conclusion

L'endoscopie interventionnelle paraît être une voie thérapeutique efficace en présence de collections pancréatiques symptomatiques ou compliquées. L'écho-endoscopie permet d'augmenter la faisabilité et probablement de diminuer la morbidité [28,29]. Une approche en une seule étape utilisant un écho-endoscope à large canal opérateur et un cystotome semble être une méthode efficace et sécuritaire.



## Références

1. Baillie J. Pancreatic pseudocysts (PART II). *Gastrointest Endosc* 2004;60:105-13.
2. Subtil C, Moutardier V, Vitton V et al. Prise en charge endoscopique des collections pancréatiques postopératoires. *Gastroenterol Clin Biol* 2008;32 :128-33.
3. Barthet M, Bugallo M, Morari LS, Bastid C, Sastre B, Sahel J. Management of cysts and pseudocysts complicating chronic pancreatitis. A retrospective study of 143 patients. *Gastroenterol Clin Biol* 1993;17:270-6.
4. Giovannini M, Binmoeller K, Seifert H. Endoscopic ultrasound guided cystogastrostomy. *Endoscopy* 2003;35:239-45.
5. Habashi S, Draganov PV. Pancreatic pseudocyst. *World J Gastroenterol* 2009 ;15:38-47.
6. Boerma D, Obertop H, Gouma DJ. Pancreatic pseudocysts in chronic pancreatitis. Surgical or interventional drainage? *Ann Ital Chir* 2000;71:43-50.
7. Bradley EL, Gonzalez AC, Clements GL. Acute pancreatitis pseudocysts: incidence and implications. *Ann Surg* 1976;184:734-7.
8. Bourlière M, Sarles H. Pancreatic cysts and pseudocysts associated with acute chronic pancreatitis. *Dig Dis Sci* 1989;34:343-8.
9. Andren-Sandberg A, Derveniz C. Pancreatic pseudocysts in 21<sup>st</sup> century. Part I: classification, pathophysiology, anatomic considerations and therapy. *JOP* 2004;5:8-24.
10. Vosoghi M, Sial S, Garrett B et al. EUS-guided pancreatic pseudocyst drainage: review and experience at Harbor-UCLA Medical Center. *Med Gen Med* 2002;4:2.
11. Carr-Locke DL, Conn MI, Faigel DO, Laing K, Leung JW, Mills MR, et al. Technology status evaluation: endoscopic pancreatic therapy: update May 1998. ASGE. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1998;48:723-6.
12. Cremer M, Deviere J, Engelholm L. Endoscopic management of cysts and pseudocysts in chronic pancreatitis: long-term follow-up after 7 years of experience. *Gastrointest Endosc* 1989;35:1-9.
13. Lehman GA. Pseudocysts. *Gastrointest Endosc* 1999;49:S81-4.
14. Vitale GC, Lawhon JC, Larson GM, Harrell DJ, Reed DN Jr, MacLeod S. Endoscopic drainage of the pancreatic pseudocyst. *Surgery* 1999;126:616-21.
15. Cahen D, Rauws E, Fockens P, Weverling G, Huibregtse K, Bruno M. Endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts: long-term outcome and procedural factors associated with safe and successful treatment. *Endoscopy* 2005;37:977-83.
16. Howell DA, Elton E, Parsons WG. Endoscopic management of pseudocysts of the pancreas. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1998;8:143-62.
17. Giovannini M, Pesenti C, Rolland AL, Moutardier V, Delpero JR. Endoscopic ultrasound-guided drainage of pancreatic pseudocysts or pancreatic abscesses using a therapeutic echo endoscope. *Endoscopy* 2001;33:473-7.
18. Sanchez Cortes E, Maalak A, Le Moine O et al. Endoscopic cystenterostomy of nonbulging pancreatic fluid collections. *Gastrointest Endosc* 2002;56:380-6.
19. Ardengh JC, Coelho DE, Coelho JF, de Lima LF, dos Santos JS, Módena JL. Single-step EUS-guided endoscopic treatment for sterile pancreatic collections: a single-center experience. *Dig Dis* 2008;26:370-6.
20. Lopes CV, Pesenti C, Bories E, Caillol F, Giovannini M. Endoscopic ultrasound-guided endoscopic transmural drainage of pancreatic pseudocysts. *Arq Gastroenterol* 2008;45:17-21.
21. Antillon MR, Shah RJ, Stiegmann G, Chen YK. Single-step EUS-guided transmural drainage of simple and complicated pancreatic pseudocysts. *Gastrointest Endosc* 2006;63:797-803.
22. Seifert H, Dietrich C, Schmitt T, Caspary W, Wehrmann T. Endoscopic ultrasound-guided one-step transmural drainage of cystic abdominal lesions with a large-channel echo endoscope. *Endoscopy* 2000;32:255-9.
23. Giovannini M, Bernardini D, Seitz JF. Cystogastrostomy entirely performed under endosonography guidance for pancreatic pseudocyst: results in six patients. *Gastrointest Endosc* 1998;48:200-3.
24. Norton ID, Clain JE, Wiersema MJ, DiMagno EP, Petersen BT, Gostout CJ. Utility of endoscopic ultrasonography in endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts in selected patients. *Mayo Clin Proc* 2001;76:794-8.
25. Libera ED, Siqueira ES, Moraes M, Rohr MR, Brant CQ, Ardengh JC, Ferrari AP. Pancreatic pseudocysts transpapillary and transmural drainage. *HPB Surg* 2000;11:333-8.
26. Barthet M, Prat F, D'Halluin PN, Heresbach D. Consensus en endoscopie digestive (CED) : traitement endoscopique des pseudokystes pancréatiques. *Acta Endosc* 2010; *Acta Endosc* 2010;40:205-9.
27. Soliani P, Ziegler S, Franzini C, Dell'Abate P, Del Rio P, Di Mario F, Cavestro M, Sianesi M. The size of PPC does not influence the outcome of invasive treatments. *Dig Liver Dis* 2004;36:135-40.
28. Lopes CV, Pesenti C, Bories E, Caillol F, Giovannini M. Endoscopic-ultrasound-guided endoscopic transmural drainage of pancreatic pseudocysts and abscesses. *Scand J Gastroenterol*. 2007;42:524-9.
29. Kahaleh M, Shami VM, Conaway MR, et al. Endoscopic ultrasound drainage of pancreatic pseudocyst: a prospective comparison with conventional endoscopic drainage. *Endoscopy* 2006;38:355-9.

## Aucun lien d'intérêt



# Sombre comme la tombe où repose mon ami. Mozart, Don Giovanni, la mort et l'amour ou le combat d'Eros et de *Thanatos*

Jean-Marie André

36, avenue Carpentier, F-62152 Hardelot Plage  
andrejeanmarie67@gmail.com

« D'après la légende, on entreposait la dépouille des rois défunts dans une des salles écartées de cet édifice. Lorsqu'un roi mourait, on plaçait le corps en grande cérémonie sur un bûcher funéraire, près de la tombe destinée à renfermer ses cendres. Une autre chambre se terminait en couloir sombre, bouché par une grosse pierre ; on ne la déplaçait qu'un héros tué au cours d'une bataille devait être inhumé dans la ténébreuse caverne, plus bas. Cette caverne souterraine s'étendait, disait-on, à l'infini, et l'on prétendait que certains hommes encore vivants étaient précipités de leur plein gré dans ce tunnel, se sacrifiant eux-mêmes aux dieux dans l'espoir d'une résurrection [et] d'une renaissance. Peut-être, assurément même, les ancêtres [de notre ami] Fernando, avaient-ils été incinérés ici... Tous dans cette église regardaient les cierges. Quel était le sens de ces flammes, [des lumières] se consumant pour les morts ? Était-ce un emblème de la médiation en faveur de la vie ? Peut-être l'homme n'était-il pas seul [...] Car entre homme et homme, entre femme et femme, régnait l'influence médiatrice des morts. Et sur le gouffre qui séparait les morts les uns des autres, l'influence médiatrice des vivants. Et sur celui qui séparait morts et vivants de l'inconnu et de l'ineffable, régnait l'esprit médiateur des dieux ». Ainsi se termine *Sombre comme la tombe où repose mon ami*, roman de Malcolm Lowry qui fut publié en 1968, dix-huit ans après sa mort, par sa veuve qui l'avait accompagné au Mexique à Cuernavaca et à Oaxaca à la recherche de la tombe de leur ami Juan Fernando Martinez [1].

Cet ouvrage de l'auteur du mythique *Au-dessous du volcan* semble venir en écho pour nous faire partager le combat d'Eros et de Thanatos mené par Mozart. Peut-être parce que le baroque de la culture mexicaine et celui de la musique de Mozart, en général, et de son *Don Giovanni*, en particulier, ont en commun le tragique et le sacré qui est l'essence même du religieux de l'ancien rituel des sépultures des Empereurs d'Autriche dans la Chapelle des Capucins. Alors profitons de cet écho et imaginons. Imaginons un cercueil, celui que Mozart n'a pas eu dans la sombre fosse commune du cimetière Saint-Marc en ce lundi 5 décembre 1791. Imaginons donc ce cercueil face à la porte close de cette Chapelle des Capucins. Trois coups sont violemment frappés sur les deux battants de cette porte. De l'intérieur de la chapelle, on entend la voix grave et profonde du Commandeur ou de celle de Sarastro nous dire : « Qui demande à entrer ici ? » Et le baron Von Swieten, l'ami de Mozart qui a organisé et financé ses funérailles, de répondre : « Wolfgang Amadeus Mozart mort à trente-cinq ans, fils de Léopold et d'Anna Maria Mozart, auteur de quarante et une symphonies, de toute la musique de chambre, des concertos, de vingt-quatre opéras de ballet, de six grands opéras, de seize messes, d'une quantité d'airs et de chœurs religieux, pour faire court ... de 620 ouvrages qui seront répertoriés par Ludwig von Köchel ». Et la voix intérieure de répondre « Nous ne le connaissons pas... Qui veut entrer ici ? » Alors la voix amie de Mozart d'ajouter « Le divin Wolfgang Amadeus Mozart, le génie de la musique qui deviendra un mythe pour les siècles à venir » Et la voix intérieure de répondre « Nous ne le connaissons pas... Qui veut entrer ici ? » Et l'ami de Mozart, abandonnant les « Non » énergiques du Don Juan de *Don Giovanni* pour les « Oui » du Tamino de *La Flûte enchantée*, d'enchaîner avec « Un pauvre pêcheur implorant votre miséricorde ». A quoi la voix de basse répond par un sépulcral « Qu'il entre ! »





## La Mort, l'Amour ou Eros et Thanatos

Si pour la Mort et son équivalent grec *Thanatos*, les choses semblent simples à saisir, pour l'Amour, il n'en est pas de même car la question est : de quel amour parle-t-on ?

En effet, la langue française parle d'Amour pour l'amour physique et sexuel, pour l'amour filial et pour l'amour du prochain. Les Grecs et Platon dans *le Banquet* parlaient d'Eros pour l'amour physique, de *Philiae* pour l'amour filial et d'Agapè pour l'amour du prochain. Dans les opéras de Mozart, l'amour désincarné est celui de Tamino et de Pamina dans *La Flûte Enchantée*. En revanche l'Eros est le moteur voire le carburant des opéras de la *Trilogie Mozart Da-Ponte* avec *Les Noces de Figaro*, *Così fan tutte* et *Don Giovanni*, qui lui, est l'archétype du combat d'Eros et Thanatos. En cela Mozart épousait les changements d'attitudes face à la mort, apparues au XVI<sup>ème</sup> et XVII<sup>ème</sup> siècle avec l'érotisation de la mort. La peinture, en particulier celle de Baldung Grien, en fut un des vecteurs les plus prégnants. L'Eros dans sa composante procréatrice est certes la seule réponse à la mort mais, sans *Thanatos*, l'Eros serait donc sans objet ? Depuis la nuit des temps, l'Eros ne s'est pas limité à la seule procréation. Il fut l'acte défendu qui nous fit l'égal des Dieux et pour cela, nos premiers parents furent chassés du Paradis Terrestre. Comme la mort, l'acte sexuel, fut considéré comme la transgression arrachant l'homme à sa vie quotidienne dans une société raisonnable pour le projeter dans le paroxysme d'un monde irrationnel et violent. L'Eros devint et redevint le langage que l'on adressait aux dieux. Ce fut l'époque « de la petite mort » de Sade et de « l'homme ne [pouvant] plus regarder en face ni le soleil ni la mort » de La Rochefoucauld.

Mozart meurt à 35 ans, le 5 décembre 1791 à Vienne, peu « après minuit ». A cette époque, plus de la moitié des humains disparaît inexorablement avant l'âge de vingt ans et si, par rapport au passé, « la mort est toujours au centre de la vie », les cimetières, eux, comme le cimetière Saint-Marc, ont quitté le centre des villages et des villes pour la campagne environnante. Mariés neuf ans, Constance Weber et Mozart eurent six enfants. Quatre sont morts en bas âge, deux ont atteint l'âge adulte, Karl Thomas qui s'éloigna de la musique et de l'Autriche, et Franz Xaver, né en juillet 1791, qui lui s'y plongea jusqu'à sa mort en 1844. Les parents de Mozart font cependant figures d'ancêtres pour l'époque ! Anna-Maria, la mère de Mozart décède à Paris à l'âge de 58 ans en 1778 pendant la deuxième tournée européenne de Mozart ; son père, Léopold disparaît en 1787 à l'âge de 68 ans. Ils eurent sept enfants. Deux survécurent, Mozart et sa sœur aînée Nannerl. Cette constante présence de la mort se retrouve jusque dans les lettres de Mozart.

### D'abord ce fut la mort de sa mère...

#### Paris, 3 juillet 1778

(Jour de la mort de sa mère, inhumée le lendemain dans le cimetière attenant à l'Eglise Saint-Eustache après l'office des morts) [2].

« Monsieur mon très cher père. Je dois vous annoncer une nouvelle très pénible et très triste, et c'est la raison pour laquelle je n'ai pu répondre plus tôt à votre dernière lettre en date du 11. Ma chère maman est très malade... Elle s'est fait saigner, comme elle en avait l'habitude, et c'était aussi très nécessaire. Elle se sentit mieux après... Mais, quelques jours plus tard, elle eut des frissons, et tout de suite après, des chaleurs... Elle est très faible... On me donne de l'espoir mais je n'en ai guère... ».

#### Paris, 3 juillet 1778

A l'abbé Bullinger :

« Pour vous seul, O le meilleur de mes amis, pleurez avec moi, mon ami !... Ce jour fut le plus triste de ma vie... Je vous écris cela à 2 h du matin... Il faut encore que je vous le dise : ma mère, ma chère maman n'est plus ! ... Dieu l'a rappelée à Lui... il voulait l'avoir, je le vois clairement... et c'est pourquoi je me suis remis à la volonté de Dieu... Il me l'avait donnée, il pouvait aussi me la reprendre. Imaginez l'inquiétude, l'angoisse et les soucis que j'ai endurés pendant ces quinze jours. Elle est morte sans s'en rendre compte... elle s'est éteinte comme une lumière ».





### Paris, 9 juillet 1778

« Monsieur mon très cher père. J'espère que vous serez en état de d'apprendre avec constance une nouvelle bien triste et douloureuse. Ma lettre du 3, vous aura préparé à n'attendre rien de bon. Ce même jour, le 3, ma mère s'est endormie saintement en Dieu, à 10 heures 21 minutes du soir... Lorsque je vous ai écrit, elle jouissait déjà des joies célestes [et] tout était terminé. Je vous ai écrit cette nuit-là... J'espère que vous et ma chère sœur me pardonneront cette petite tromperie, si nécessaire- car comprenant d'après ma propre douleur et ma tristesse, quelle serait la vôtre, je n'ai pas pu avoir le cœur de vous surprendre brutalement par cette affreuse nouvelle. J'espère maintenant que vous êtes prêts à apprendre le pire et... à laisser libre cours à cette douleur bien naturelle et compréhensible ainsi qu'aux larmes ».

### Ensuite celle de son père...

#### Vienne, le 4 avril 1787 [3]

« Monsieur mon très cher père. J'apprends à l'instant une nouvelle qui m'accable beaucoup -d'autant plus que je pouvais croire, d'après votre dernière lettre, que vous alliez, Dieu merci, fort bien ; j'apprends maintenant que vous êtes vraiment malade ! Je n'ai pas besoin de vous dire avec quelle impatience j'attends une nouvelle rassurante de votre propre plume ; et je l'espère aussi fermement, bien que je sois habitué à imaginer toujours le pire en toutes circonstances. Comme la mort est l'ultime étape de notre vie, je me suis familiarisé depuis quelques années avec ce véritable et meilleur ami de l'homme, de sorte que son image non seulement n'a pour moi plus rien d'effrayant, mais est plutôt quelque chose de rassurant et de consolateur ! Et je remercie mon Dieu de m'avoir accordé le bonheur de le découvrir comme clé de notre véritable félicité. Je ne vais jamais me coucher sans penser (quel que soit mon jeune âge), que je ne serai peut-être plus le lendemain et personne parmi tous ceux qui me connaissent ne peut dire que je sois d'un naturel chagrin ou triste. Pour cette félicité, je remercie tous les jours mon Créateur et la souhaite de tout cœur à tous mes semblables. Dans ma lettre, je vous exposais ma manière de penser sur ce point, à l'occasion de la triste disparition de mon excellent ami le comte Von Hatzfeld [qui] avait tout juste 31 ans comme moi ; ce n'est pas lui que je plains mais plutôt, et cordialement, moi et tous ceux qui le connaissaient aussi bien que moi. J'espère et souhaite que vous alliez mieux au moment où j'écris ces lignes ; si contre toute attente vous n'alliez pas mieux, je vous prie de ne pas me le cacher et de m'écrire, ou de me faire écrire, la vérité pure, afin que je puisse aller me blottir dans vos bras, aussi rapidement qu'il serait humainement possible ; je vous en prie par tout ce qui nous est sacré. Mais j'espère recevoir bientôt une lettre rassurante de vous, et dans cet agréable espoir, je vous baise, tout comme ma femme et Carl [notre fils], 1 000 fois les mains et suis à jamais votre fils très obéissant ».

#### Vienne, le 2 juin 1787

Lettre à sa sœur Maria-Anna dite Nannerl.

« Ma sœur chérie. Tu peux facilement imaginer ma douleur en apprenant la triste nouvelle de la mort brutale de notre père chéri, puisque la perte est la même pour nous deux... »

Quarante-huit heures plus tard Mozart écrivit « le poème à la mémoire de son étourneau mort »... « Saigne mon cœur à cette seule pensée... car il dut éprouver de la mort l'amère douleur... comme à l'improviste il s'est évanoui et n'eut pas de pensée pour celui qui sait si bien rimer ». Poème qui lui fut ô combien reproché... mais à Vienne, Freud n'était pas encore né et l'humour shakespearien, ignoré. Bien qu'anglais, il était bien connu de Mozart qui n'aspirait qu'à une chose, faire de *La Tempête* un opéra ! Mais pour un regard aussi lucide que celui de Mozart, qu'est-ce qui ne fut pas désespérant ? Pour un regard aussi désespéré que le sien, qu'est-ce qui ne fut pas désespéré ? L'homme de cette époque avait une hantise, mourir de mort violente hors de son lit. De celui-ci, le mourant pouvait organiser, par testament si nécessaire, et présider la cérémonie publique dans sa chambre qui devenait un véritable théâtre public ouvert à tous et en particulier aux enfants. Aidé de *l'Ars Moriendi*, véritable guide *l'Art de Mourir*, dont la propagation se fit à la vitesse de l'éclair avec Gutenberg et l'imprimerie au milieu du XV<sup>ème</sup> siècle. Ce livre donnait des recommandations sur l'art de mourir, sur les tentations du diable assaillant le mourant, sur les prières qu'il devait dire, sur l'attitude que devaient prendre ceux



qui assistaient à la mort, sur les prières qu'ils devaient prononcer. En effet, bien que se passant à la fin des temps, le Jugement Dernier restait particulier à chaque individu car personne ne connaissait son sort. Au moment de mourir, chaque homme faisait son bilan et, en un bref raccourci, revoyait sa vie tout entière. Son attitude à ce moment crucial, face aux tentations du diable, donnait à sa vie un sens définitif. Il faudra attendre la moitié du XVII<sup>ème</sup> siècle pour entendre face à l'Inquisition, le Don Juan de Tirso de Molina répondre « NON » aux questions de *l'Ars Moriendi* avant celui de Molière puis celui de Mozart.

## Don Giovanni, Eros et Thanatos

C'est quelques semaines après la mort de son père en mai 1787 que Mozart commence à composer son *Don Giovanni*, sur un livret de Lorenzo Da Ponte. La Première du *Don Giovanni* sera donnée avec succès, à Prague fin octobre 1787. Dans cet opéra, de la mort du père, scène 2 de l'acte I à celle du fils, scène 17 de l'acte II, la mort est constamment présente des premières mesures de l'ouverture au final à 6 voix tenues sur quatre mesures et sur les mots *La morte*.

Les quatre premières mesures de l'Ouverture sont d'une violence à couper le souffle en s'abattant sur nous dans un accord parfait de *ré mineur*, clef tragique de la palette musicale de Mozart [4]. Ces grands accords consonants et solennels des cuivres ont les reflets du feu de la mort annonçant les mêmes accords, mais dissonants, de l'entrée de la statue du Commandeur dans *l'ultima scena*. Puis les bois descendent lentement dans le grave et les cordes s'appesantissent sur un rythme immuable et inquiétant, donnant l'impression d'un pas lourd marchant dans la nuit. Une nouvelle attaque des cuivres fait place à des vagues successives s'élevant lentement de plus en plus haut. Brutale, dans ce *dramma giocoso*, tout change et du drame, nous plongeons dans l'*allegro* joyeux d'un ouragan de vie et d'Eros de Don Juan. Dans cette ouverture, tout le brillant et l'attirant est sur Don Juan et sa course folle entre Eros et Thanatos. Tout le sombre et le deuil est sur les autres protagonistes. Quant à nous, nous sommes fascinés, à la fois attirés et inconsciemment sur le qui-vive voire le rejet. Cette attirance nous voile la violence, refoulée en nous. Elle nous montre combien nous sommes civilisés mais nous cache le fait que nous assouvissons cet inconscient violent. L'Eros du *Don Giovanni* nous fascine par son langage adressé aux Dieux, tout en générant en nous un enthousiasme qui est peut être « transport divin », voire une euphorie qui est peut être « bien être général allant jusqu'à la joie ».

Quand le rideau se lève sur la scène I de l'acte I, Leporello, le valet de Don Juan fait la sentinelle sous la fenêtre de la chambre de Donna Anna. Il chante sur le mode *giocoso*, ses récriminations quant à sa vie de double de Don Juan alors qu'il aurait préféré « faire le gentilhomme plutôt que la sentinelle ! » Puis en quatre mesures, l'atmosphère et l'espace sont bouleversés par le cri de la jeune femme poursuivant un individu masqué. Elle veut l'arrêter et le démasquer. Cette scène est un véritable duel physique, érotique et vocal car elle veut le garder, le connaître, le chasser et le punir tout à la fois. Plus tard, elle en fera, à son fiancé Don Ottavio, un récit détaillé qui nous fera voir ce que nous n'avions qu'entendu. « Il m'enlace avec une telle puissance que je me crois perdue, je tente de me dégager, je crie... *Io grido* ». C'est à la suite de ce duel vocal qu'elle reconnaîtra plus tard Don Juan aux seules intonations de sa voix... « Cet homme... cet homme... c'est l'assassin de mon père ! ». Hoffmann, dans ses *Contes*, nous explique cette violence par le fait que Don Juan « a allumé un tel feu de sensualité et de volupté en elle que seul l'anéantissement de Don Juan pourrait lui apporter la paix intérieure ».

Attiré par les cris, le Commandeur entre en scène au moment où sa fille la quitte telle une furie désespérée. L'orchestre devient pressant et violent. Le vieux Commandeur, épée à la main, provoque en duel cet individu masqué qui refuse de se battre avec un vieillard. Celui-ci persiste et au décours d'un bref échange, meurt. L'orchestre fait alors place au clavecin et à un récitatif chuchoté par Don Juan et Leporello abasourdis. Après leur sortie, Donna Anna et son fiancé découvrent le cadavre du Commandeur dans un récitatif où se mêlent la surprise, l'angoisse, le désespoir, la douleur et le déchaînement vengeur de la jeune femme.

Entre ces deux scènes et le final, nous assistons à la course à tombeau ouvert de Don Juan vers la mort, écrasant tout sur son passage, le couple et le mariage et en particulier le sien avec Dona Elvira et celui de Zerline et Masetto, écrasant la famille, l'amitié, le respect aux morts toujours avec le même appétit carnassier et le plus grand cynisme. Au-dessus de cette course folle, vole un tourbillon d'arias passés à la postérité en autant de tubes allant de l'air du catalogue du



*Madamina il catalogo e questo* de Leporello au *Là nous nous donnerons la main, là tu me diras oui* du *Là ci darem la mano, la mi dirai sì* de Don Juan à Zerline ainsi que son fameux air du champagne, du *Della sua pace* et du *Il mio tesoro* de Don Ottavio au *Batti, batti, o bel Masetto* de Zerline et au *Fuis traître du Ah fuggi il traditore* de Dona Elvira ainsi qu'au *Je suis morte, Don Ottavio Son' morta* de Dona Anna.

Les scènes XVI et XVII de l'acte II du *Don Giovanni* vont atteindre des sommets d'intensité dramatique et nous prendre à la gorge jusqu'au final. La maîtrise dramaturgique de Mozart y est à son apogée et nous fait repenser à cette lettre écrite à son père pendant les répétitions de son opéra *Idoménée* à Munich le 29 novembre 1780. Il avait 24 ans ! « ...Ne trouvez-vous pas que le discours de la voix souterraine est trop long ? ... Imaginez la scène, la voix doit être terrifiante ; elle doit être pénétrante, il faut qu'on la croie vraie, comment peut-elle faire cet effet si le discours est trop long ? Si dans *Hamlet* le discours du spectre n'était pas si long, l'effet serait bien meilleur ! » [4].

Tout commence par le souper de Don Juan engloutissant mets et vins avec gloutonnerie dans l'ambiance musicale joyeuse d'un petit ensemble d'instruments à vent interprétant sur scène des airs à la mode, entre autres ceux des *Noces de Figaro*. Ce que Léoporello commente d'un « Ah celui-là, on ne l'a que trop entendu ! ». Mais brutalement, le *giocoso* fait place au *dramma*. Donna Elvira, que Don Juan a épousé et abandonné naguère, ayant oublié sa haine vengeresse le supplie une dernière fois de changer de vie et de mettre fin à la quête érotique effrénée de ses *mille tre* conquêtes. Mais l'attitude de Don Juan à son égard est méprisante, « Laisse-moi manger ». Elvira quitte la scène pour réapparaître dans un cri strident de terreur. Sur la note do lourdement répétée par les contrebasses, les violoncelles et les cors, plusieurs coups sont alors violemment frappés à la porte à deux battants comme le furent ceux de la Chapelle des Capucins. Un formidable et terrifiant accord clamé à toute volée par trois trombones nous rappelle celui du début de l'ouverture du *Don Giovanni*. En réalité, pas tout à fait car cet accord est ici dissonant pour nous rappeler le rythme obstiné de la marche de la statue. Puis un nouvel accord fracassant des cors est suivi d'une large et solennelle succession d'intervalles chromatiques sur laquelle défile la voix du commandeur énonçant gravement qu'« Il n'y a pas de nourritures terrestres pour qui se nourrit de celles du ciel ». Musique vocale et orchestrale inouïes pour l'époque mais qui, cent vingt ans plus tard, amenèrent les dodécaphonistes de l'école de Vienne à considérer Mozart comme le premier des leurs ! [5]. Le duel implacable des deux voix, celle de la basse du commandeur et celle de baryton-basse de Don Juan se poursuit, nous ramenant à celui de la scène 2 de l'acte I pendant que Leporello, terrorisé et sous la table, nous rappelle que ce *dramma* est aussi *giocoso*. Et la statue du Commandeur de répéter inexorablement « Tu m'as invité, tu connais la règle. Moi-même je t'invite à souper avec moi. Réponds ! Viendras-tu ? ». Don Juan finit par tendre la main vers le marbre glacé de celle du commandeur qui lui ordonne de se repentir. En ces ultimes moments, le tragique hallucinant de cette scène naît, du fait que Don Juan garde la totale liberté de son choix dans ses *Non* répétés. « Les grands coups de boutoir des cors et les fusées des contrebasses » annoncent le « Ah, il n'est plus temps » de la statue. Les flammes jaillissent, Don Juan s'effondre en hurlant sa terreur soudaine culminant dans l'engloutissement d'un terrible *Ah* final. Ce cri, ultime cri d'un *Don Giovanni* qui n'en manque pas, nous rappelle une dernière fois sa valeur symbolique d'un *Eros ascensionnel*, langage sacré adressé aux dieux [6].

## Coda

Pour Pierre-Jean Jouve [7], *Don Giovanni* est l'expérience de la mort à travers l'art, la musique et la grâce. L'expérience de la mort est celle de la faute comme celle de la délivrance. La richesse du *Don Giovanni* est telle que cet opéra culmine, depuis sa création, parmi les sommets de l'art. En présentant avec cet opéra, le monde de l'Eros, de la mort, du deuil et de la souffrance, Mozart nous met face au nœud gordien du désir et de la faute, de l'instinct et de l'esprit, de la liberté et de la servitude, de l'obéissance et de la désobéissance, en nous commandant de choisir tout en nous rappelant que l'enjeu de ce choix est la mort. La musique, dont les sons meurent aussi vite qu'ils naissent, est certainement le médium le plus approprié pour nous parler de la mort, la nôtre, et de la déchirure qu'elle fait subir à la vie, la nôtre. La musique est aussi capable, au sein de la vie exubérante de Don Juan, de suivre la ligne qui va de la douleur à la faute, de la faute à la délivrance, de la mort spirituelle à la mort naturelle. Dans l'œuvre de



Mozart, c'est *Don Giovanni* qui, tout à côté de la *Messe en ut* et du *Requiem*, représente le point suprême de cette approche du sacré. Dans *Don Giovanni*, tout cela est à l'état de symboles et l'art qui les enveloppe résiste à tout car il ne dit point tout ce qu'il est ; il conserve toujours un secret. Il est et nous sommes à son image. P.J. Jouve ajoute, dans un autre texte qui servira de point final, que le « poète ne dit qu'un seul mot toute sa vie quand il est parvenu à le desceller des orages ». Pour nous-mêmes comme pour Mozart, le « seul mot » n'est pas un « mot seul », c'est un mystère caché au plus profond de notre intériorité, quant aux « orages », ils sont au plus profond de notre inconscient, au plus profond de notre enfance, au plus profond de notre culture.



## Références

1. Malcolm Lowry. Sombre comme la tombe où repose mon ami. 1970. Denoël
2. Geneviève Geffray. W.A. Mozart. Correspondance II. Volume 1777-1778, p 335-342, 1987. Flammarion
3. Geneviève Geffray. W.A. Mozart. Correspondance V. Volume 1788-1791, p 186-18, 1992. Flammarion
4. Geneviève Geffray. W.A. Mozart. Correspondance III. Volume 1777-1778, p 155, 1989. Flammarion
5. Henry Barraud. Les cinq grands opéras. 1972. Le Seuil
6. Don Giovanni. Mozart. Riccardo Muti. Giorgio Strehler. Orchestre de La Scala de Milan. DVD Opus Arte
7. Pierre Jean Jouve. Le Don Juan de Mozart. 1941. Plon



# Les twitts de la Rochefoucauld

**Jean-Marie André**

36, avenue Carpentier, F-62152 Hardelot Plage  
andrejeanmarie67@gmail.com

## Le soleil ni la mort ne peuvent se regarder fixement

Ce twitt de François VI, prince de Marcillac et duc de La Rochefoucauld est celui que l'on retrouve depuis le XVII<sup>ème</sup> siècle dans toutes les réflexions sur la mort et le deuil, de la littérature, la peinture, la sculpture ou la musique. Pourtant au sein de ses *Maximes*, elle est la seule à y faire allusion, alors que sur l'amour, les femmes, le pouvoir, la sagesse, La Rochefoucauld est intarissable. Né à Paris en 1613, il y meurt en 1680. Entre ces deux dates, sa vie fut celle des romans d'Alexandre Dumas et des *Trois Mousquetaires* au temps de Richelieu et de Mazarin. Marié à quinze ans, il a quatre enfants mais aussi un fils né de sa liaison avec la duchesse de Longueville. Sa carrière militaire l'emmène en Italie avec les armées du Roi, à Liège, en Flandre et à la bataille de Rocroi. Il est blessé à la bataille de Fort Mardyck devant Dunkerque en 1643. En 1648, il participe à la Fronde et entre dans l'armée de Condé en rébellion contre le Roi. Arrêté en 1650, emprisonné à la Bastille, il est révoqué de ses privilèges et connaît la disgrâce. Il devient le négociateur de la libération des Princes « frondeurs » en 1651, tout en organisant, de sa prison, la guerre civile. Il y participe dès sa libération. Blessé dans les combats du faubourg Saint-Antoine à Paris en juillet 1652, il refuse l'amnistie et doit s'exiler. Rentré en grâce en 1659 et touchant de nouveau une pension royale, il va se consacrer à l'écriture. Les échanges amicaux et intellectuels avec Madame de Sablé, Madame de La Fayette et le janséniste Jacques Esprit, vont enrichir sa réflexion et déboucher en 1664 sur la publication discrète (en Hollande) de ses *Maximes*. Le succès fut immédiat et les rééditions furent nombreuses en un temps où régnaient *Les pensées au scalpel* de Blaise Pascal, l'ironie et l'humour des *Caractères* de La Bruyère et *Les Fables cruelles* de Jean de La Fontaine. Entre temps, La Rochefoucauld participe en 1667 à une dernière campagne militaire devant Lille. Sa femme, ses enfants légitimes et naturels, ses amies et amis très chers vont mourir alors que la goutte le poursuit de cure en cure. Il meurt au printemps 1680 convaincu que **le soleil ni la mort ne peuvent se regarder fixement**.

## L'amour et les femmes : quand on aime, on doute souvent de ce qu'on croit le plus

5. La durée de nos de nos passions ne dépend pas plus de nous que la durée de notre vie.
6. La passion fait souvent un fou du plus habile homme, et rend souvent les plus sots habiles.
111. Plus on aime une maîtresse, et plus on est près de la haïr.
113. Il y a de bons mariages, mais il n'y en a point de délicieux.
131. Le moindre défaut des femmes qui se sont abandonnées à faire l'amour, c'est de faire l'amour.
136. Il y a des gens qui n'auraient jamais été amoureux s'ils n'avaient jamais entendu parler d'amour.
204. La sévérité des femmes est un ajustement et un fard qu'elles ajoutent à leur beauté.
205. L'honnêteté des femmes est souvent l'amour de leur réputation et de leur repos.
259. Le plaisir de l'amour est d'aimer ; et l'on est plus heureux par la passion que l'on a que par celle que l'on donne.
286. Il est impossible d'aimer une seconde fois ce qu'on a véritablement cessé d'aimer.
312. Les amants et les maîtresses ne s'ennuient point d'être ensemble parce qu'ils parlent toujours d'eux-mêmes.
324. Il y a dans la jalousie plus d'amour-propre que de jalousie.





331. Il est plus difficile d'être fidèle à sa maîtresse quand on est heureux que quand on en est maltraité.
332. Les femmes ne connaissent pas toute leur coquetterie.
334. Les femmes peuvent moins surmonter leur coquetterie que leur passion.
335. Dans l'amour la tromperie va presque toujours plus loin que la méfiance.
336. Il y a une certaine sorte d'amour dont l'excès empêche la jalousie.
349. Le plus grand miracle de l'amour c'est de guérir de la coquetterie.
351. On a bien de la peine à rompre quand on ne s'aime plus.
353. Un honnête homme peut être amoureux comme un fou, mais non pas comme un sot.
361. La jalousie naît avec l'amour, mais elle ne meurt pas toujours avec lui.
497. Il ne sert à rien d'être jeune sans être belle, ni d'être belle sans être jeune.

### **L'orgueil : l'orgueil ne veut pas devoir...**

33. L'orgueil se dédommage toujours et ne perd rien lors même qu'il renonce à la vanité.
34. Si nous n'avions point d'orgueil, nous ne nous plaindrions pas de celui des autres.
35. L'orgueil est égal chez tous les hommes. Il n'y a de différence qu'aux moyens et à la manière de le mettre au jour.

### **L'amour propre : l'amour-propre ne veut pas payer**

2. L'amour propre est le plus grand de tous les flatteurs.
4. L'amour-propre est plus habile que le plus habile homme du monde.
13. Notre amour-propre souffre plus impatiemment la condamnation de nos goûts que de nos opinions.
126. Les finesses et les trahisons ne viennent que de manque d'habileté;
17. Le vrai moyen d'être trompé, c'est se croire plus fin que les autres.
128. La trop grande subtilité est une fausse délicatesse, et la véritable délicatesse est une solide subtilité.
140. Un homme d'esprit serait souvent bien embarrassé sans la compagnie des sots.
281. L'orgueil qui nous inspire tant d'envie nous sert souvent aussi à la modérer.
304. Nous pardonnons souvent à ceux qui nous ennuiant, mais nous ne pouvons pardonner à ceux que nous ennuyons.

### **La vanité : on n'aurait guère de plaisir si on ne se flattait jamais**

33. L'orgueil se dédommage toujours et ne perd rien lors même qu'il renonce à la vanité.
98. Chacun dit du bien de son cœur, et personne n'en ose dire de son esprit.
123. On n'aurait guère de plaisir si on ne se flattait jamais.
133. Les seules bonnes copies sont celles qui nous font voir le ridicule des méchants originaux.
134. On n'est jamais si ridicule par les qualités que l'on a que par celles que l'on affecte d'avoir.
135. On est parfois aussi différent de soi-même que des autres.
137. On parle peu quand la vanité ne fait pas parler.
138. On aime mieux dire du mal de soi-même que de n'en point parler.
146. On ne loue d'ordinaire que pour être loué.
220. La vanité, la honte, le tempérament font souvent la valeur des hommes et la vertu des femmes.
298. la reconnaissance des hommes n'est que secrète envie de recevoir de plus grands bienfaits.
303. Quelque bien qu'on nous dise de nous, on ne nous apprend rien de nouveau.





## **La flatterie : La flatterie est une fausse monnaie qui n'a de cours que par notre vanité**

- 148. Il y a des reproches qui louent et des louanges qui médisent.
- 149. Le refus des louanges est un désir loué deux fois.
- 151. Il est plus difficile de s'empêcher d'être gouverné que de gouverner les autres.
- 152. Si nous ne nous flattions point nous-mêmes, la flatterie des autres ne nous pourrait nuire.

## **L'humeur : notre humeur met le prix à tout ce qui nous vient de la fortune**

- 45. Le caprice de notre humeur est encore plus bizarre que celui de la fortune.
- 49. On n'est jamais si heureux ni si malheureux qu'on s' imagine.
- 252. Il est aussi ordinaire de voir changer les goûts qu'il est extraordinaire de voir changer les inclinaisons.
- 290. La loyauté affectée est une imposture délicate.

## **La sagesse : c'est une grande folie que de vouloir être sage tout seul**

- 19. Nous avons tous assez de force pour supporter les maux d'autrui.
- 20. La constance des sages n'est que l'art de renfermer leur agitation dans le cœur.
- 22. La philosophie triomphe aisément des maux passés et à venir. Mais les maux présents triomphent d'elle.
- 132. Il est plus aisé d'être sage pour les autres que de l'être pour soi.
- 147. Peu de gens sont assez sages pour préférer le blâme qui leur est utile à la louange qui les trahit.
- 153. La nature fait le mérite et la fortune le met en œuvre.
- 154. La fortune nous corrige de plusieurs défauts que la raison ne saurait corriger.
- 157. La gloire des grands hommes se doit toujours mesurer aux moyens dont ils se sont servis pour l'acquérir.
- 159. Ce n'est pas assez d'avoir de grandes qualités; il faut en avoir l'art de les mettre en œuvre.

## **La vertu : l'hypocrisie est un hommage que le vice rend à la vertu**

- 25. Il faut de plus grandes vertus pour soutenir la bonne fortune que la mauvaise.
- 31. Si nous n'avions point de défauts, nous ne prendrions pas tant de plaisir à en remarquer dans les autres.
- 38. Nous promettons selon nos espérances, et nous tenons selon nos craintes.
- 39. L'intérêt parle toutes sortes de langues, et joue toutes sortes de personnages, même celui de désintéressé.
- 40. L'intérêt qui aveugle les uns, fait la lumière des autres.
- 41. Ceux qui s'appliquent trop aux petites choses deviennent incapables des grandes.
- 42. Nous n'avons pas assez de force pour suivre toute notre raison.
- 78. L'amour de la justice n'est en la plupart des hommes que la crainte de souffrir de l'injustice.
- 118. L'intention de ne jamais tromper nous expose à être souvent trompés.
- 119. Nous sommes si accoutumés à nous déguiser aux autres qu'enfin nous nous déguisons à nous-mêmes.
- 120. L'on fait plus souvent des trahisons par faiblesse que par dessein formé de trahir.
- 121. On fait souvent du bien pour pouvoir impunément faire du mal.



122. Si nous résistons à nos passions, c'est plus par faiblesse que par notre force.
184. Nous avouons nos défauts pour réparer par notre sincérité le tort qu'ils nous font dans l'esprit des autres.
187. le nom de la vertu sert à l'intérêt aussi utilement que les vices.
195. Ce qui nous empêche souvent de nous abandonner à un seul vice est que nous en avons plusieurs.
196. Nous oublions aisément nos fautes lorsqu'elles ne sont sues que de nous.
200. La vertu n'irait pas si loin si la vanité ne lui tenait compagnie.

### **Le pouvoir : Il y a des héros en mal comme en bien**

15. La clémence des princes n'est souvent qu'une politique pour gagner l'affection des peuples.
164. Il est plus facile de paraître dignes des emplois qu'on n'a pas que de ceux que l'on exerce.
- 165 Notre mérite nous attire l'estime des honnêtes gens, et notre étoile celle du public.
166. Le monde récompense plus souvent les apparences du mérite que le mérite lui-même.
170. Il est difficile de juger si un procédé net, sincère et honnête est un effet de probité ou d'habileté.
171. Les vertus se perdent dans l'intérêt, comme les fleuves se perdent dans la mer.
190. Il n'appartient qu'aux grands hommes d'avoir de grands défauts.
192. Quand les vices nous quittent, nous nous flattons de la créance que c'est nous qui les quittons.

### **Les hommes politiques : louer les princes des vertus qu'ils n'ont pas, c'est les injurier...**

326. Le ridicule déshonore plus que le déshonneur.
327. Nous n'avouons de petits défauts que pour persuader que nous n'en avons pas de grands.
328. L'envie est plus irréconciliable que la haine.
329. On croit quelquefois haïr la flatterie, mais on ne hait que la manière de flatter.

### **L'habileté : c'est une grande habileté que de savoir cacher son habileté**

244. La souveraine habileté consiste à bien connaître le prix des choses.
248. La magnanimité méprise tout pour avoir tout.
253. L'intérêt met en œuvre toutes sortes de vertus et de vices.

### **La jeunesse et la vieillesse : en vieillissant on devient plus fou, et plus sage**

261. L'éducation que l'on donne d'ordinaire aux jeunes gens est un second amour-propre qu'on leur inspire.
271. La jeunesse est une ivresse continuelle : c'est la fièvre de la raison.
341. Les passions de la jeunesse ne sont guère plus opposées au salut que la tiédeur des vieilles gens.
372. La plupart des jeunes gens croient être naturels, lorsqu'ils ne sont que mal polis et grossiers.
93. Les vieillards aiment à donner de bons préceptes, pour se consoler de n'être plus en état de donner de mauvais exemples.
109. La jeunesse change ses goûts par l'ardeur du sang, la vieillesse conserve les siens par accoutumance.
110. On ne donne rien si libéralement que ses conseils.
112. Les défauts de l'esprit augmentent en vieillissant comme ceux du visage.



## **Le bien et le mal : il y a des héros en mal comme en bien**

186. On ne méprise pas tous ceux qui ont des vices; mais on méprise tous ceux qui n'ont aucune vertu.

203. Le vrai honnête homme est celui qui ne se pique de rien.

206. C'est être véritablement honnête homme que de vouloir être toujours exposé à la vue des honnêtes gens.

216. La parfaite valeur est de faire sans témoins ce qu'on serait capable de faire devant tout le monde.

229. Le bien que nous avons reçu de quelqu'un veut que nous respections le mal qu'il nous fait.

238. Il n'est pas si dangereux de faire du mal à la plupart des hommes que de leur faire trop de bien.

269. Il n'y a guère d'homme assez habile pour connaître tout le mal qu'il fait.

284. Il y a des méchants qui seraient moins dangereux s'ils n'avaient aucune bonté.

301. Assez de gens méprisent le bien, mais peu savent le donner.

338. Lorsque notre haine est trop vive, elle nous met au-dessous de ceux que nous haïssons.

## **L'esprit : la politesse de l'esprit consiste à penser des choses honnêtes et délicates**

100. La galanterie de l'esprit est de dire des choses flatteuses d'une manière agréable.

102. L'esprit est toujours dupe du cœur.

103. Tous ceux qui connaissent leur esprit ne connaissent pas leur cœur.

108. L'esprit ne saurait longtemps jouer le personnage du cœur.

249. il n'y a pas moins d'éloquence dans le ton de la voix, les yeux et l'air de la personne, que dans le choix des mots.

250. la véritable éloquence consiste à dire tout ce qu'il faut, et à ne dire que ce qu'il faut.

## **L'amitié : il est plus honteux de se défier de ses amis que d'en être trompé**

86. Notre défiance justifie la tromperie des autres.

87. Les hommes ne vivraient pas en société s'ils n'étaient pas dupes les uns des autres.

179. Nous nous plaignons quelquefois légèrement de nos amis pour justifier d'avance notre légèreté.

235. Nous nous consolons aisément des disgrâces de nos amis lorsqu'elles servent à signaler notre tendresse pour eux.

## **Les bonnes manières : le bon goût vient plus du jugement que de l'esprit**

260. La civilité est un désir d'en recevoir et d'être estimé poli.

256. Dans toutes les professions, chacun affecte une mine pour paraître ce qu'il veut qu'on le croie. On peut dire que le monde n'est composé que de mines.

257. La gravité est un mystère du corps inventé pour cacher les défauts de l'esprit.

265. La petitesse d'esprit fait l'opiniâtreté ; et nous croyons plus aisément ce qui est au-delà de ce que nous voyons.



## Les autres : On est plus médisant par vanité que par malice

94. Les grands noms abaissent, au lieu d'élever, ceux qui ne savent pas les soutenir.
95. La marque d'un mérite extraordinaire est de voir que ceux qui l'envient le plus sont contraints de le louer.
96. Tel homme est ingrat, qui est moins coupable de son ingratitude que celui qui lui a fait du bien.
208. Il y a des gens niais qui se connaissent, et qui emploient habilement leur niaiserie.
211. Il y a des gens qui ressemblent aux vaudevilles, qu'on ne chante qu'un certain temps.
212. La plupart des gens ne jugent des hommes que par la vogue qu'ils ont, ou par leur fortune.
251. Il y des personnes à qui les défauts siéent bien, et d'autres qui sont disgraciées avec leur bonnes qualités.
294. Nous aimons toujours ceux que nous admirons et nous n'aimons pas toujours ceux que nous admirons.
347. Nous ne trouvons guère de gens de bon sens, que ceux qui sont de notre avis.
356. Nous ne louons de bon cœur que ceux qui nous admirent.
375. Les esprits médiocres condamnent d'ordinaire tout ce qui passe leur portée.



La Rochefoucauld n'a pas fait qu'exprimer sa pensée en « 140 signes espaces compris » il a écrit! Ces twitts ne sont que l'écume d'une pensée entre le scalpel de Blaise Pascal, l'ironie et l'humour de La Bruyère et la cruauté de Jean de la Fontaine que Jacques Truchet a réuni dans un bijou de la collection de poche Garnier-Flammarion GF 288.



# HEGEL en toutes lettres n° 9

## Les devoirs de vacances de Madame HEGEL et de ses fils, Emmanuel et Karl

**Jean-Marie André**

36, avenue Carpentier, F-62152 Hardelot Plage  
andrejeanmarie67@gmail.com

En cette fin de mois de juillet et ce mois d'août 1826, Madame Hegel, accompagnée de ses deux fils, Emmanuel et Karl, rend visite à sa famille. Ce voyage les conduit vers Iéna, Bamberg, Nuremberg, Heidelberg... villes qu'Hegel a bien connues. Quant à lui, il reste à Berlin pour ses cours et diverses activités annexes dont nous reparlerons. « Je suis obligé d'être bref, car j'ai encore mes maudits cours à faire ; tout le monde autour de moi ferme déjà boutique, et pour moi, je ne vois pas la fin avant la première semaine de septembre ! [...]. Je puis assurément travailler un peu plus depuis que vous êtes partis mais cela n'est pas terrible... Ce soir, whist... ou visites aux amis et quelquefois, mais rarement, théâtre ». Néanmoins, il réunit très sérieusement chez lui « 15 messieurs, avec de l'eau sucrée » pour constituer la *Société de critique scientifique* divisée en trois sections : la section philosophique dont il prit la direction, celle des sciences de la nature et celle de l'histoire et de la philologie. Resteront, pour nous de ce voyage, les réponses d'Hegel aux lettres de son épouse avec ses commentaires mais sans les notes ! Avec Hegel, on ne « fait » pas la Bavière, on la découvre, on la ressent, on la décrit, on la comprend !

### « Et maintenant, revenons à notre itinéraire ! »

Le 29 juillet 1826, il est heureux d'apprendre leur arrivée à Nuremberg malgré l'absence de passeports. « Je partage la joie que vous éprouvez dans le cercle de [nos] chers amis et j'étais curieux d'avoir une description de votre voyage, et celle-ci a été très satisfaisante (je dois encore recevoir de Karl d'autres détails). Mais vous ne m'avez pas donné d'autres détails d'Iéna, vous ne m'avez pas dit si vous aviez vu [nos amis], les Asverus; et si vous ne les avez pas vus, pourquoi ? En tout cas, vous avez dû au moins leur faire savoir que vous étiez là ». Vous avez, comme je le vois, fait un détour ; le cocher ne connaissait pas suffisamment le chemin; mais vous êtes passés par Schwarzburg( la rivière dont parle Emmanuel s'appelle la Schwarza et elle contient de la poudre d'or). Si vous avez feuilleté là-bas le livre d'hôtes, vous auriez vraisemblablement trouvé mon nom, avec quelque sentence. N'est ce pas ?...Ce qu'a écrit là-dessus Emmanuel est très bien. Non loin de Schwarzburg, se trouve le Paulinzelle, ou plutôt ses ruines (un ancien monastère), dans un style roman ou byzantin, encore pré-gothique. Allez voir les principales églises de Nuremberg : Saint-Sebalde, Saint-Laurent, et surtout l'église catholique sur la place du Marché ; ce sont des constructions *gothiques* comme on dit... La petite chapelle du château, en particulier dans sa partie inférieure, a des piliers qui ne sont pas gothiques, mais du même style que ceux du monastère de Paulinzelle. A part cela, j'ai vu que vous aviez été attentifs pendant le voyage et appliqués à voir les choses curieuses. N'avez-vous pas vu entre Gleussen et Bamberg, l'ancien monastère de *Banz*, sur une montagne, appartenant au duc des Deux-Ponts ? Les nombreux crucifix sur le chemin et autour de Bamberg ont dû être replacés là après mon départ ; de mon temps, ils avaient été enlevés. Mais si vous revenez à Bamberg, visitez les environs [qui sont] très beaux. Il y pousse aussi la réglise, avec laquelle on fait du jus de réglise. J'ai vécu là-bas un an et demi ! A Nuremberg, mes enfants, allez voir tout particulièrement les églises, les tableaux, les vitraux, etc. ; il y a beaucoup de choses intéressantes à apprendre, à voir, que l'on ne voit pas ailleurs, et envoyez-moi la relation de ce que vous avez vu ; le fait que je les connais ne doit pas vous empêcher de les décrire... »



## Quand l'esthétique revient au galop !

Le 10 août, Hegel remarque « parmi les choses que vous m'avez décrites, la description de l'église Saint-Laurent ; il est bon que vous ayez vu cela. On ne voit pas souvent quelque chose de tel, et cette contemplation est vraiment quelque chose de fructueux pour vous ; quant à l'église Saint-Sebald, ou bien vous l'aurez déjà vue, ou bien vous la verrez encore. Remarquez dans la chapelle des Tucher, le tableau de Kulmbach, auprès de la lumière catholique perpétuelle et d'ailleurs purement *extérieure*. Ce tableau est meilleur que *l'Annonciation* que vous avez vu dans l'église Saint-Laurent. La haute construction gothique adossée à l'un des piliers est sans doute le tabernacle. Je remarque encore particulièrement la vieille forteresse où vous êtes allés et où vous avez vu la pierre de Wallenstein ; cela rappelle de grands événements de la guerre de Trente ans ; je ne suis pas allé à la vieille forteresse, il faut que j'y aille une fois. Nuremberg s'est alors bravement comportée pour le bien de notre foi évangélique et du même coup pour nous tous, pour la raison, la vérité et la liberté ; c'est une perle de l'histoire ».

Le 12 août, il se réjouit de savoir que tout le monde participe aux cours de gymnastique, aux leçons de piano et que les leçons de latin données à leurs fils seront profitables. Il suggère à son épouse de demander à leur professeur « à quel niveau ils se trouvent, du point de vue de leurs connaissances et de leurs capacités, et compte tenu de leur âge, par rapport aux élèves de leur [lycée] ». Il a beaucoup apprécié la description de leur excursion à Grinsberg qui est un « endroit plaisant ». Mais son épouse « n'a-t-elle pas voulu montrer et avoir trop de bravoure, en voulant aller [avec les enfants] dans la sombre gueule du diable, c'est-à-dire à travers les boursiers et les marécages ? »... « Elle se surmène trop, et cela ne lui ferait pas de mal, si de temps en temps, elle s'asseyait pour boire une chope de bière à la maison ou à l'auberge de Zwinger, qu'elle la bût, et qu'ensuite elle en bût une autre ».

## Le Doute et l'Honnêteté intellectuelle chez Hegel

Le 15 août, Hegel écrit à Karl Daub, Professeur de théologie à Heidelberg pour le remercier d'effectuer la correction de son *Encyclopédie* et lui fait part de ses doutes quant à la construction et à l'équilibre de son manuscrit. « Je me suis efforcé d'indiquer très soigneusement et très exactement les modifications, les adjonctions, etc. Je vous accorde d'ailleurs toute liberté- là ou vous trouverez des choses obscures, peu intelligibles, ou des répétitions- de corriger, de raturer et d'améliorer selon que vous jugerez bon. Je dois souhaiter que le contenu présente assez d'intérêt pour dédommager de l'ennui de ce travail [...] j'ai en particulier donné un trop grand développement à l'introduction. Mais cela m'aurait coûté davantage de temps et de peine de la raccourcir. Retenu et distrait par mes cours [...] j'ai dû me battre à sa rédaction sans vue d'ensemble, de telle sorte que j'étais débordé par mon travail et que je courais le risque de faire de cette introduction un livre. Aussi, l'ai-je refondue plusieurs fois. La façon de traiter les points de vue qui y sont mis en valeur devrait répondre à un intérêt actuel. Mais cette introduction a été pour moi d'autant plus difficile, parce qu'elle ne peut prendre place qu'avant et non à *l'intérieur* de la philosophie. Quant au reste, j'ai essayé de le rendre plus précis et, autant que possible, plus clair. Mais il reste toujours le défaut principal : à savoir, que le détail devrait être plus restreint, et l'ensemble mieux mis en lumière. Mais pour mes cours, relatifs aux diverses parties, le développement du détail est en revanche ce qui convient le mieux »... Ces remarques restent pertinentes pour tout être humain qui aurait la prétention d'écrire ! En revanche, un peu plus loin, Hegel apporte à son ami une réponse à la question de l'hypocondrie. Il la définit comme « la maladie qui consiste à ne pouvoir sortir de soi-même. Je connais plusieurs façons d'en sortir, celle que je vous conseille, c'est d'inverser le rapport réciproque que vous établissez entre ce démon et votre activité et de ne pas attendre le départ du premier pour vous adonner à la seconde, mais bien plutôt de chasser le premier grâce à la seconde ». Mais pour un hypocondriaque, cette proposition pleine de bon sens est-elle pertinente ?





## 27 août 1826. Hegel, Goethe et le Roi

Dans sa lettre du 29 août, Hegel se réjouit de savoir que son épouse ne prolongera pas son voyage en passant par Francfort : « Ta fatigue; ton surmenage, la situation qui en résulterait, ton absence prolongée, si fâcheuse pour les enfants, tout cela me tourmentait ». Il est heureux de l'accueil chaleureux que son épouse et ses enfants ont reçu dans sa famille. Il ajoute : « Si je ne mentionne cela que brièvement, c'est que j'en ai beaucoup à te raconter à mon sujet et cela à tout hasard... ». Et sur presque deux pages il va, en détail, raconter à son épouse les festivités qui ont accompagné son cinquante-sixième anniversaire à Berlin. « Si tôt que Frau Aimée von Hartwig se fut levée, afin de m'apporter la première, le souvenir venant de vous [et des enfants], elle ne s'était pourtant pas levée assez tôt. Car nous avions commencé à célébrer mon anniversaire dès son début, c'est-à-dire à partir de minuit. J'étais chez Monsieur Bloch pour un whist, qui se prolongea longtemps et qui, à la suite d'un souper également prolongé, nous amena jusqu'au signal du veilleur de nuit nous annonçant le 27 août; on y répondit par le cliquetis des verres, qui couvrit son signal ; on but aussi à ta santé, moi d'abord, mais aussi tous les autres, les Zelter et tout particulièrement les Rösels. Le matin, diverses visites de félicitations, faites par de bons et fidèles amis, et en outre, plusieurs lettres contenant des poésies, puis une conférence d'affaires, pendant laquelle je reçus une visite-qui penses-tu ? S.E.M. le conseiller privé von Kamptz, lui-même en personne. A midi, je me suis tenu tranquille, et j'ai seulement trinqué avec vous à l'heure fixée, me réservant pour la soirée. Car alors m'attendaient beaucoup d'honneur, de joie, et de témoignages d'affection. [En premier], dans un nouveau restaurant l'*Unter den Linden* un grand souper [de vingt personnes] si abondant qu'il eut mérité que je te le décrive, ainsi que le diner tout à fait exquis. Puis, parut une députation d'étudiants qui me remirent une précieuse coupe d'argent sur un coussin de velours [avec cette inscription *A leur grand maître. Don affectueux de ses élèves reconnaissants*] ainsi qu'un certain nombre de poésies reliées. Beaucoup d'autres furent encore récitées et je reçus une petite statue d'Isis de Rösels. Bref, on eut de la peine à finir avant minuit. Bien entendu, les étudiants étaient venus avec leur fanfare. La société les retint à souper. Parmi les invités, il y en avait un que je ne connaissais pas. C'était le Professeur Wichmann et j'ai appris qu'on lui avait confié l'exécution de mon buste. La semaine prochaine, je poserai pour lui. C'est ainsi qu'à minuit nous enchaînâmes mon anniversaire avec celui de Goethe le 28. [Il lui fera parvenir une copie de ce buste et Goethe le plaça sur son bureau de travail à côté de celui d'une actrice *La Sontag*]. Hier j'ai dormi jusqu'à 11 heures et je me suis un peu remis, non pas tant des fatigues corporelles, que des profondes impressions ressenties. Tu ne peux te figurer quels témoignages profonds de confiance, d'affection et d'estime j'ai reçu de ces chers amis, jeunes gens ou hommes mûrs. Ce jour est une récompense pour les nombreuses peines de mon existence ».

## La philosophie doit prendre garde à elle et Hegel n'est pas plus en sécurité que les autres

Mais Hegel redevient rapidement Hegel : « Maintenant, je dois veiller à ce qu'on ne dépasse pas la mesure ; si dans un cercle d'amis, il est permis d'exagérer, le public voit la chose d'un autre œil ». L'œil d'Hegel était aussi lucide que perspicace car le 15 novembre 1826, ses adversaires ont, dans la presse, poussé de grands cris à propos de la fête qui lui fût consacrée à lui et à Goethe. Ce qui irrita le Roi, dont l'anniversaire tombait un 3 juillet, ce fut surtout la description parue dans la presse. Il fit interdire à l'avenir la publication de tels articles car il était malséant de donner de l'importance à des cérémonies privées autres que celles de la famille royale. La conclusion de l'article tournait à la menace : « La philosophie encore bien notée par l'Etat, doit prendre garde à elle ! La cour lui jouera encore un mauvais tour, et Hegel n'est pas plus en sécurité que les autres ! » Hegel prudent, choisit l'année suivante pour son voyage à Paris une date qui lui permettait de ne pas être à Berlin le jour de son anniversaire !

A suivre...

### Référence

Hegel. Correspondance. III. P106-p121. NRF .1963.Gallimard



# Docteur Sacha Ségal (1919-2008), pionnier de l'endoscopie digestive

**Jean Diot**

14, Rue Léon Mathieu – 51100 Reims

[diot.jean@wanadoo.fr](mailto:diot.jean@wanadoo.fr)



Passionné de techniques nouvelles : endoscopie, radiocinéma, photo, cinéma, Sacha Ségal n'en était pas moins un homme chaleureux tant pour ses malades que ses pairs et ses élèves. Malgré une activité essentiellement libérale, son aura s'étendait aux milieux universitaires français et étrangers. Enfin, son histoire est indissociable de celle de la SMIER (Société Médicale d'Imagerie et Recherche), à l'origine Société Médicale Internationale d'Endoscopie et de Radiocinéma. Pour la petite histoire, SMIER était l'anagramme de REIMS !!!

## Une vie privée et un parcours exemplaires

Né le 28 juin 1919 à Paris (13<sup>ème</sup>), Sacha Ségal se marie à Toulouse le 18 janvier 1941. Il aura 4 enfants.

En 1942, il s'implique aux côtés des Forces Françaises Libres dans le Gers, participe à la libération de Toulouse puis s'engage dans la 1<sup>ère</sup> Armée de Campagne Rhin, Danube commandée par le Maréchal de Lattre de Tassigny.

C'est en 1946, à Paris qu'il soutient sa thèse « A propos de quelques syndromes pour insuffisance alimentaire » sous la présidence de Charles Richet qui avait pris sous sa coupe, au début de la guerre, de jeunes médecins en formation issus de la résistance.

Formé à l'école de son maître vénéré, Charles Debray avec lequel il fera de nombreux travaux, il deviendra Chef de service de consultation de Gastroentérologie au centre anticancéreux de Reims et chargé de cours à l'Ecole Nationale de Médecine. Il ouvre un cabinet en ville où le rejoindront par la suite, les Docteurs Jean Diot et Claude Maffioli et Hervé Louvet, réalisant ainsi un des premiers gros cabinets de groupe de gastroentérologie... autour d'une table de radiologie et de radiocinéma, l'endoscopie n'en étant qu'à ses balbutiements.

Membre de la plupart des sociétés françaises et européennes de gastroentérologie, proctologie et broncho-œsophagographie, Sacha Ségal était également membre correspondant de la Société Belge et titulaire des sociétés chiliennes de radiologie et de gastroentérologie.

Membre titulaire du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins depuis 1964, Sacha Ségal fut fait Chevalier de l'Ordre National du Mérite en 1966 et Chevalier du Mérite de l'Ordre Souverain de Malte en 1973.

Ses travaux sur le radiocinéma et l'endoscopie digestive, sujets d'environ 200 communications et conférences le conduiront pour le Ministère des Affaires Etrangères, au Chili, au Pérou, en Grèce et au Canada. Avec son ami Jean-Marie Dubois de Montreynaud, il a participé à une



émission d'Etienne Lalou et Igor Barrère qui a permis au public le 13 décembre 1955, d'observer un œsophage et des bronches en direct.

Retraité en 1984, il avait, pour raisons de santé, abandonné le tennis pour le golf. Son fils Alain (qui avait rejoint son cabinet et qui est maintenant également en retraite) lui succèdera brillamment puisqu'il occupa le poste de secrétaire général de la Société Médicale d'Histoire de la Médecine mais aussi longtemps le poste de Secrétaire de l'Association Nord-Lotharingienne de Gastro-Entérologie.

## Une vie publique exceptionnelle

### Le pionnier

Sacha Ségal peut être considéré comme l'un des pionniers de l'endoscopie digestive en France qu'il a d'emblée jugée comme une évolution inéluctable, un progrès majeur dans le diagnostic et la thérapeutique des maladies digestives. Il a tenu également à développer parallèlement de nombreux documents iconographiques si utiles à la diffusion de la connaissance, à permettre des confrontations, à suivre les résultats thérapeutiques. Dès les années 1950, en collaboration avec l'Institut d'optique de Levallois, il met au point un générateur de lumière froide conduite par l'intermédiaire d'une baguette de quartz transmettant la lumière à 92 % à partir d'une ampoule extérieure refroidie par un circuit d'air. Ce générateur très polyvalent fut mis au service aussi bien de la laparoscopie, l'œsophagoscopie et la rectoscopie. Ce système utilisé quotidiennement en pratique courante permettait avec une caméra Beaulieu (16 mm) d'obtenir une iconographie des lésions, remarquable de netteté tant avec l'optique de 25 mm que celle de 75 mm. Sacha Ségal avait perfectionné cet appareillage avec son fidèle ami, Jean-Marie Dubois de Montreynaud et avec le professeur Charles Debray de l'hôpital Bichat. L'œsophagoscope à quartz était introduit dans une gaine translucide imaginée par ses soins. Celle-ci était préalablement installée autour d'une sonde de dilatation (à mercure à l'époque) qui était ensuite retirée. L'œsophagoscope rigide pouvait ainsi progresser sans danger jusqu'à la grosse tubérosité, décelant les plus petites lésions qui pouvaient être l'objet de biopsies et coagulées dans les meilleures conditions. Cette gaine translucide a permis l'ablation de corps étrangers parfois coupants évitant ainsi d'éventuelles lésions œsophagiennes traumatiques.

Sous laparoscopie, la lumière du quartz faisait merveille pour les vues d'ensemble de la cavité abdominale.

Sacha Ségal et Charles Debray ont utilisé le gastroscope semi flexible à lentilles permettant une exploration de bonne qualité quoique partielle, des zones aveugles subsistant. Cependant, la lumière chaude combinée à l'endoscope était agressive pour la muqueuse, obligeant à réduire le temps de l'examen.

Dès cette période avec Charles Debray dans les années 60, il avait bien compris que l'avenir serait l'endoscopie souple mais les ingénieurs de Levallois ne purent réaliser que des faisceaux de fibres à transmission trop faible comme démontré par les essais réalisés à Reims avec un gastroscope. Cependant, grâce à ses contacts aux Etats-Unis, il a pu faire profiter au centre anticancéreux dont il était chef de service du gastroscope bi-directionnel de Basil Hirschkovitz. Il a ensuite fait venir du Japon un coloscope bi-directionnel de marque Olympus.... une première qui démontre sa quête incessante et son esprit perfectionniste. Avant l'ère de l'endoscopie, il combinait le radiocinéma à une technique de rotation axiale contrôlée dont il était le promoteur.

### La SMIER

Le 12 mars 1955, à l'Institut d'Optique Théorique et Appliquée de Paris, eut lieu la première réunion officielle de la Société, Assemblée Générale constitutive qui devait élire un bureau et un Conseil dont le mandat était de dix-huit mois.



## Bureau

Présidents d'honneur : Pr P.H. Holinger (Chicago) et Dr Max Fourestier (Paris)

Président : Dr André Soulas

Vice-présidents : Pr agrégé Ch. Debray, J. Vulmière

Secrétaire Général : Dr J.M. Dubois de Montreynaud

Secrétaires Adjointes : Dr A. Gladu, Dr Y. Le Boucher, Dr S. Ségal

Conseillers scientifiques (comité français) : Professeurs L. Pasteur Vallery-Radot, E. Bernard, R. Monod, B. Fey, J. Besançon, A. Aubin, F. Pléchaud, Ch. Gernez-Rieux, Docteurs R. Kourilsky, A. Meyer, J.M. Lemoine, P. Hillemand, P. Porcher, H. Métras, R. Israël, A. Cornet, Ph. Daumet, R. Palmer, F. Moutier, F. Pergola, Médecin-commandant Boucher, Dr A. Blaque-Belair, Messieurs P. Fleury et Arnulf (Directeur et sous directeur de l'Institut d'Optique), M.H. Volkringer (Directeur du Service « Brevets et inventions » au CNRS), M.G. Moreau (Directeur de la Société Kodak).

## Secrétariat général

Le secrétariat général confié à J.M. Dubois de Montreynaud et à S. Ségal, puis C. Maffioli, a toujours eu son siège à Reims. Puis 1982, il a été transféré à Nancy sous la responsabilité de F. Vicari et après un détour par Paris en 1992-1993 (Pr Ch. Florent), il est revenu à Nancy depuis 1994 (Pr G. Gay et maintenant Dr M. Delvaux) puis a suivi les Professeurs Gay et Delvaux à Strasbourg.

## Réunions et congrès

Si entre 1955 et 1991, des congrès eurent lieu annuellement pendant un certain nombre d'années, Sacha Ségal organisait une réunion bimestrielle, « l'heure de la SMIER » le samedi matin à l'hôpital Bichat en collaboration avec Paolaggi, Leymarios, Marc Cerf etc.

Le congrès de 1966 à Reims, sous sa présidence, fut honoré de la présence de son grand ami Henri Colcher, futur président de l'OMGE et membre influent aux USA.

En 1977, Christopher Patrick Steptoe, membre du bureau de la SMIER, ayant annulé le congrès d'Oxford, c'est au pied levé que Sacha Ségal organisa à nouveau un congrès à Reims.

Au crédit de la SMIER, il convient de rappeler que c'est Christopher Patrick Steptoe (gynécologue obstétricien) en collaboration avec Robert Edwards (biologiste) qui ont mis au point la fécondation in vitro avec la naissance du premier bébé éprouvette, Louise Brown le 25 juillet 1978. Décédé en 1988, Ch. P. Steptoe n'a pu partager avec R. Edwards le prix Nobel de Médecine et physiologie qui leur fut décerné en 2010.

En 1986, à Varese, sur sollicitation de François Régnier, Abraham Moles, fondateur et titulaire de la Chaire de Sociologie de Strasbourg, docteur ès lettres, docteur ès sciences de la Sorbonne fit une leçon magistrale sur « Lisibilité et pertinence de l'Image ».

Elisabeth Rohmer (responsable au conseil de l'Europe de l'Enseignement et de la Recherche) qui l'accompagnait, esquissa ce que pourraient être les laboratoires pédagogiques de la SMIER qui allaient devenir le Cours Intensif d'Endoscopie que nous connaissons et qui se poursuivent en collaboration avec l'IRCAD.

## Conclusion

Sacha Ségal, à la bonté légendaire, par son intelligence, son enthousiasme, sa ténacité, sa foi dans l'amélioration des techniques peut être considéré comme un pionnier de l'endoscopie digestive sur le plan national et l'un des maîtres de l'iconographie endoscopique digestive sur le plan international ce dont témoignent les ouvrages du catalan Francisco Vilardell, *Cien Anos de Endoscopia Digestiva* et de Hans et Mathias Reuter en collaboration avec R.M. Engel, *History of Endoscopy* Il alliait à ces qualités un tempérament profondément humain et sensible qui lui permettait de renforcer les énergies autour de lui en levant les doutes des techniciens. Pour lui, rien ne devait être impossible. Grâce soit rendue à son action.



# Réminiscences sur 33 années d'histoire de Médecins du Monde

## La magie des commencements

**Bernard Granjon**

Ancien Président de Médecins du Monde

Membre fondateur du CREGG

[bernard.granjon@gmail.com](mailto:bernard.granjon@gmail.com)

Revenir sur un passé lointain, c'est toujours entrouvrir la porte à la nostalgie. Comment lui résister lorsque, depuis la fondation de Médecins du Monde en 1980, on a accompagné, comme c'est mon cas, 33 ans de son histoire ? « L'Ile de Lumière », ce bateau humanitaire contre la piraterie en mer de Chine, avait scellé, pour un petit groupe de transfuges, la rupture avec Médecins sans Frontières. Une nouvelle aventure commençait, riche de promesses, qui devaient en tous cas éviter les problèmes associatifs ayant abouti à une telle éviction. Contrairement à ce qui s'était produit pour sa grande sœur, de neuf ans son aînée, il convenait avant tout, pour notre président Bernard Kouchner, de s'opposer à tout développement, de nous contenter de la demi-salariée que nous avions, une secrétaire que nous partagions avec la Pharmacie des Hôpitaux, en même temps que la moitié de son bureau, rue du Fer à Moulin. Quoi de plus valorisant pour cette bande d'une trentaine de copains que de gérer collectivement la conduite d'une association auréolée du prestige de son Président, tout juste revenu de mer de Chine, dans une période où l'humanitaire représentait encore une aventure réservée à une petite élite de soignants intrépides ! Quoi de plus chaleureux que cette fraternité d'amis exceptionnels refaisant le monde dans tous les sens, au gré de soirées bien arrosées autorisant de lâcher la bride à nos rêves les plus audacieux ? Et puis il y avait le prestige des missions difficiles et dangereuses, au premier rang desquelles le Salvador et l'Afghanistan.

Au Salvador, la guerre civile faisait rage entraînant des transferts massifs de populations. Avant même que nous ayons la possibilité d'installer, au voisinage de la capitale San Salvador, un camp d'accueil sur un terrain acheté par notre Association, nous les attendions clandestinement à la frontière du Honduras voisin, au terme d'une véritable course contre la montre avec l'armée hondurienne. C'était à qui arriverait le premier : si c'était l'armée, les migrants, essentiellement composés de femmes et d'enfants ayant marché durant un mois dans la forêt en se nourrissant de racines et de glands, étaient impitoyablement refoulés au Salvador, c'est-à-dire voués à la mort. Si c'était nos équipes, nous les recensions aussitôt, les accompagnions dans trois camps voisins installés par le HCR (Haut-Commissariat aux Réfugiés) et prenions en charge leurs problèmes de santé. Sur des pistes défoncées et ravinées par les pluies équatoriales, un véhicule tous-terrains nous avait acheminés tant bien que mal depuis la capitale Tegucigalpa où nous avions atterri, jusqu'à Colomoncagua. Sept heures d'une route éprouvante pour gagner ce petit village cerné par l'armée hondurienne, habité par quelques centaines de paysans faméliques trouvant dans l'alcool leur unique paradis. Faute d'électricité, les accouchements de nuit se faisaient à la lampe à pétrole et dans la terreur d'avoir l'obligation de pratiquer une césarienne. Le jour, en slalomant sur les pistes argileuses, nous rendions visite au millier de réfugiés éparpillés dans trois camps accrochés dans la montagne. Nombre de ces malheureux se pressaient à nos consultations, parfois atteints de pathologies lourdes, le plus souvent dépositaires de souffrances psychiques aux multiples expressions somatiques. À l'époque, pas de téléphone satellitaire, pas de téléphone du tout, ni de fax, ni d'Internet, bref un complet isolement pendant le mois que durait la mission. Au bout d'un peu plus d'un an d'exercice, les autorités honduriennes, tout en nous remerciant très hypocritement, nous ont demandé de déguerpir afin de pouvoir expulser en toute tranquillité ces réfugiés que nous avons tenté de protéger ! Améliorer leur santé était bien la dernière de leurs préoccupations ! Et puis notre devise « soigner et témoigner » générait des dénonciations volontiers fracassantes et peu appréciées des pouvoirs en place. En tout cas, elles nous démarquaient de la neutralité légendaire de la Croix-Rouge qui nous apparaissait alors comme une vieille dame poussiéreuse.



Au même moment, en Afghanistan, se poursuivait l'une de nos missions légendaires. Compte tenu des délais d'acheminement, trois semaines à l'aller et autant au retour, il fallait à ceux qui partaient une disponibilité de quatre mois. Nous avons fait le choix de secourir les moudjahidines, c'est-à-dire à l'époque, les populations les plus vulnérables mais considérées comme un ramassis de brigands par les autorités occupantes russes. Il fallait passer clandestinement, et donc illégalement, la frontière pakistano-afghane, déguisés en Afghans, avec l'appoint indispensable de quelques dollars. Nous attendait alors une marche de deux à trois semaines dans la neige, l'hiver ou bien sous la chaleur torride de l'été, pour gagner la province du Wardak où nous tenions un « hôpital ». Mais le principal danger était bien d'être repérés par l'aviation soviétique et ses redoutables hélicoptères qui ont permis quelques années plus tard, la capture du Dr Philippe Augoyard de l'AMI (Aide Médicale Internationale), une association proche de la nôtre. Les hivers étaient très rudes au point que l'un des nôtres ainsi qu'un infirmier afghan y ont été écrasés sous une avalanche. Peu nous importait d'être dans l'illégalité puisque nous nous étions parés de ce « devoir d'ingérence » qui faisait notre fierté. Comme l'ensemble des ONG (organisations non-gouvernementales), nous devions plus tard réinterroger ce concept, en percevoir toutes les aberrations et, pour beaucoup d'entre nous, nous en démarquer dans la plupart des cas. Il n'empêche, nous étions admirés pour notre courage et notre abnégation, au point de nous trouver beaux dans le regard des autres...

## Une nécessaire évolution

Mais l'adolescence n'a qu'un temps et qu'on le veuille ou non, il est impossible d'échapper à l'embonpoint de la maturité. Vouloir ne pas grandir, fixer à quatre le nombre maximum de nos missions, refuser l'appoint de salariés, prétendre gérer une association dans l'exiguïté d'une demi-pièce, se sont vite révélés comme autant d'utopies qui se sont effondrées d'elles-mêmes sans même que nous ayons à décider de leur suppression.

Bien vite, les indignations télévisées de Bernard Kouchner se sont révélées insuffisantes pour combler un budget en expansion continue. C'est alors que nous avons découvert un jeune et talentueux prestataire de service qui allait d'ailleurs faire école et qui, en l'espace d'un an, a presque décuplé un budget qui était devenu famélique. Le savoir-faire d'un professionnel était venu rendre intelligible, aux oreilles de l'opinion publique, le langage du cœur.

Cette embellie financière jointe à une augmentation notable de nos missions allait rendre nécessaire notre déménagement. Le cœur serré, nous allions quitter le berceau qui nous avait vu naître pour nous installer, avenue de la République, dans des locaux jugés beaucoup trop vastes lorsque nous les avons investis, puis rapidement devenus trop exigus au point de nous obliger à louer aux alentours quelques pavillons disponibles.

La nature ayant horreur du vide, ces locaux allaient rapidement être utilisés, non seulement par des bénévoles, au gré de leurs disponibilités, mais également par des salariés. Comment faire autrement, même dans une association qui a toujours érigé le bénévolat en vérité suprême ? Au fil des années, cette distinction entre ces deux populations d'acteurs, dans un pourcentage approximatif d'un salarié pour 10 bénévoles, allait d'ailleurs se révéler sans objet. Plusieurs d'entre nous, en même temps qu'ils franchissaient les frontières géopolitiques, ont enjambé sans état d'âme celles de l'emploi en devenant alternativement bénévoles puis salariés pour revenir parfois au bénévolat. La véritable distinction entre ces deux populations ne réside-t-elle pas avant tout dans la qualité d'un militantisme indifféremment réparti entre tous les acteurs de notre Association ? Est-il possible, dans une structure qui grandit de laisser sa gestion quotidienne aux seuls bénévoles dont les disponibilités et les compétences sont forcément limitées ?

## « Ici » en plus du « là-bas »

C'est à ce moment qu'allait survenir un choix déterminant pour l'avenir et l'identité de notre Association : celui de la « Mission France ». C'est en effet lors d'une réunion du Conseil d'Administration, en 1986, qu'une assistante sociale nous révéla qu'il existait des « exclus des soins » dans notre belle France. Ce qui paraît aujourd'hui évident faisait à l'époque l'effet d'une bombe, de surcroît dans une association dont les activités étaient essentiellement orientées vers la gestion de l'urgence dans les pays en voie de développement. Après d'âpres discussions et





devant l'insistance de cette empêcheuse de tourner en rond, nous avons décidé d'ouvrir rue du Jura, à Paris, un dispensaire pour une période d'essai qui ne devait en aucun cas dépasser la durée d'un an. Les premiers mois nous ont vite convaincus du caractère malheureusement irremplaçable de cet engagement. Comme on pouvait s'y attendre, l'Administration de l'Assistance Publique de Paris a très vivement contesté nos premières affirmations. Il a fallu la publication de nos 100 premières observations médicales et même d'un film tourné en caméra cachée d'un patient hémoptysique refusé dans un de ses hôpitaux au prétexte qu'il était « sans-papiers », pour que l'évidence soit reconnue : dans notre système de santé, si avancé soit-il, se creusaient déjà bien des failles que la fin des 30 glorieuses allait faire apparaître. C'est ce qu'avait reconnu très honnêtement Philippe Seguin, alors Ministre de la Santé qui, venu inaugurer le dispensaire de Médecins du Monde, s'était exclamé sans détour « d'ordinaire une telle cérémonie me remplit de satisfaction ; celle-ci me remplit de honte car elle ne peut se concevoir que sur la faillite de mon Ministère » ! C'était le début d'une aventure nouvelle qui, plus d'un quart de siècle plus tard, continue, hélas, de se justifier pleinement. Non seulement le centre de la rue du Jura n'a pas fermé mais s'il s'est déplacé dans un local plus grand, avenue Parmentier, et une vingtaine d'autres centres comparables se sont ouverts dans les principales villes de France. Le recrutement de leurs patients a depuis profondément changé : constitué au début d'une prévalence d'hommes de moins de 30 ans, pour les deux tiers originaires de France métropolitaine, il intéresse aujourd'hui des hommes comme des femmes, de nombreuses familles, presque tous d'origines étrangères en situations irrégulières ou en attente de régularisation. Parmi ceux-ci, de nombreux Roms que nous allons aussi visiter dans leurs campements de fortune. Nos actions se sont diversifiées en particulier dans les secteurs de la toxicomanie (détections anonymes et gratuites du VIH, bus d'échanges de seringues, programmes de substitution au Subutex et à la Méthadone et, depuis peu, salles d'injections), des sans-domicile-fixe abordés dans les rues de nos grandes villes lors de « maraudes nocturnes ». Tandis que se développaient ces actions en France et bien d'autres encore, le danger nous est vite apparu du risque de nous substituer à la médecine officielle, normalement en charge de ces problèmes et par la même, de conforter son incurie. Aussi, nous sommes nous efforcés, chaque fois que nous en avons la possibilité, de passer le relais pour nombre de ces actions dont nous ne nous occupons plus aujourd'hui. Parallèlement, forts de notre expérience et des réflexions qu'elles ont engendrées, nous sommes devenus une force de propositions qui, sans aucun doute, a contribué à l'adoption de quelques avancées en matière de santé, telles que la CMU, l'AME, les Observatoires de Santé... Nous avons ainsi acquis, parmi les ONG, une expertise que nul ne nous conteste dans le « ici », même si nous continuons à agir dans le « là-bas ».

Une conséquence inattendue mais logique de ces « Missions France » a été l'essaimage de la vie associative qui a ainsi échappé au centralisme parisien caractérisant beaucoup d'associations comparables. Quinze de nos régions gérant aujourd'hui 21 de ces missions domestiques, aux fonctionnements médical et administratif presque exclusivement assurés par des bénévoles, ont bénéficié d'une « déconcentration » génératrice d'une vie associative beaucoup plus riche et créative. Des « Collèges Régionaux » sont ainsi venus relayer le Conseil d'Administration de Médecins du Monde qui, pour se réunir au siège parisien, n'en est pas moins composé d'une majorité de provinciaux...

Parallèlement, les missions « là-bas » se sont multipliées sur tous les continents au point d'atteindre actuellement une cinquantaine. De surcroît, le besoin de missions dites transversales est vite apparu : mission sida, mission violences faites aux femmes, comité de pilotage migrants..., chacune s'efforçant de générer des réflexions et des propositions en amont des groupes géopolitiques, du Comité de Direction et du Conseil d'Administration. Car la gestion démocratique d'une grande association, où chaque bénévole entend participer à sa manière à la vie associative, implique nombre de réunions, de dossiers à remplir, au risque de rendre parfois difficiles l'exercice créatif et la prise de décisions ! Cette surenchère n'est pas seulement le fait d'une prolifération administrative. La complexité sans cesse grandissante des engagements sur le terrain doit faire appel à la réflexion de multiples participants à l'intérieur et en dehors de l'Association. Nous organisons des tables rondes avec des journalistes, des philosophes, des enseignants, des penseurs pour nous aider à démêler l'écheveau souvent inextricable des engagements humanitaires. Car, depuis une date que l'on peut approximativement situer à la chute du mur de Berlin, en 1989, le partage bipolaire du monde a disparu pour faire place à une myriade de potentats. Autrefois, pas un conflit ou presque qui, de près ou de loin, ne soit sous



le contrôle, l'armement et le financement d'une des deux grandes puissances. Actuellement, dans les nombreux affrontements armés sur les terrains de nos interventions, on ne sait plus qui tire sur qui ni sur qui s'appuyer pour assurer l'efficacité et la sécurité de nos équipes. Pire encore, faute bien souvent d'un support financier, les différents mouvements de rébellion se rabattent sur les humanitaires, en tentant de détourner à leur seul profit une partie de l'argent qu'ils apportent, voire en se livrant au commerce très lucratif des enlèvements. Ainsi en a-t-il été en Tchétchénie, et maintenant dans bien des pays. Tout se passe comme si, au « sans frontiérisme » des humanitaires, l'évolution politique n'avait pu trouver d'autres réponses que le renforcement des frontières, non seulement de celles déjà existantes mais en créant de nouvelles délimitations ! Le problème de l'accès aux populations, de la sécurité des équipes intervenantes et de leur efficacité ne s'est jamais posée avec autant d'acuité. Ainsi en est-il, tout récemment, de notre engagement en Syrie. Nous avons préféré interrompre notre présence à Alep dont notre partenaire était par trop proche du régime en place ce qui, en temps de guerre, devenait intolérable. Dès lors, par quoi le remplacer ? Avant d'installer, avec l'aide des médecins syriens « rebelles », un dispensaire de l'autre côté de la frontière turco-syrienne, nous avons commencé, avec leur aide, à faire passer des médicaments et du matériel à partir de la Turquie, du Liban et de la Jordanie, trois pays où nous sommes présents depuis des années. Au demeurant, comment ne pas constater, comme hier en Haïti pour des raisons bien différentes, comme avant-hier en Tchétchénie, les limites de plus en plus étriquées de notre champ d'action ?

S'il est une exigence à laquelle nous avons appris à ne pas déroger, c'est bien celle du partenariat. Le temps n'est plus où nous organisions de toutes pièces des actions, généralement brèves, en ne mettant à contribution que nos propres forces et nos propres compétences. Le temps est passé du néocolonialisme humanitaire et des échanges unidirectionnels et verticaux tant il est vrai que, selon un proverbe africain, « la main qui donne est toujours au-dessus de la main qui reçoit » ! D'où la prévalence accordée aux échanges horizontaux que permet le partenariat et à la formation, seul gage d'une action pérenne. Ainsi, dans les montagnes du Kurdistan, pendant la guerre irako-iranienne, avons-nous pu former des secouristes susceptibles d'assurer des consultations médicales, des anesthésies et même des interventions chirurgicales, lorsque nos équipes ne pouvaient plus être présentes sur le terrain. Une préoccupation doit constamment nous animer : quand partir dans de bonnes conditions et que laisserons-nous après notre départ ?

## Protéger notre indépendance

Plus que jamais notre statut d'O.N.G. et l'indépendance qu'il suppose, nous donnent la possibilité d'intervenir là où les états restent sans ressources. Encore faut-il éviter le piège de la confusion : l'humanitaire d'État a parfaitement le droit et même le devoir d'exister mais ses logiques et ses limites ne sont pas les nôtres. En toutes occasions, nous devons affirmer notre irréductible spécificité, notre totale indépendance, dans une époque où les assimilations hasardeuses voire les instrumentalisation sont monnaies courantes.

Trente-trois années d'exercice et toutes les mutations qu'elles ont entraînées, ont profondément modifié l'appareil de gestion. Il y a 18 ans, nous avons décidé d'acheter pour notre siège parisien, le grand local dont nous disposons maintenant à Paris, rue Marcadet. À celui-ci se rajoutent tous ceux qui abritent nos délégations régionales et de nos principales missions à l'étranger. Parallèlement, nous avons favorisé l'émergence de 14 délégations internationales, indépendantes de Médecins du Monde France, mais liées à notre Association par le respect d'un certain nombre d'obligations éthiques et logistiques.

Nous avons dû diversifier nos sources de financements. À la collecte publique, opérée préférentiellement par prélèvements automatiques, sont venus se rajouter des financements institutionnels. Sont exclus ceux en provenance d'un parti politique, quel qu'il soit, d'une congrégation religieuse ou d'une grande entreprise industrielle, susceptibles de compromettre notre libre arbitre. Afin de préserver notre espace de liberté, nous veillons à ce que ceux-ci ne dépassent pas le pourcentage de 40 % du budget global, tant il est vrai que pour être indépendant en termes financiers, il faut paradoxalement multiplier le nombre de ses dépendances !

Notre communication a elle aussi, beaucoup changé. D'incantatoire et narcissique qu'elle était au début, elle est devenue factuelle sous la forme de témoignages en provenance directe du terrain. Mieux, dans toute la mesure du possible, nous leurs adjoignons la dimension du



plaidoyer grâce auquel nous essayons de dénoncer l'intolérable et de proposer des solutions pour en réduire le champ. Car le monde a davantage besoin de justice que d'assistance. C'est comme cela que nous avons procédé pour la Mission France en émettant à plusieurs reprises un certain nombre de propositions dont certaines ont été retenues par les gouvernements de l'époque. Actuellement, nous travaillons notamment sur les conséquences sanitaires des parcours migratoires et espérons, sur un sujet appelé à devenir de plus en plus d'actualité, pouvoir apporter des propositions concrètes et réalisables.

## En guise de bilan d'étape

Certes, Médecins du Monde a beaucoup évolué depuis l'illusion lyrique de ses débuts, la fraternité unissant la trentaine de ses fondateurs et le dynamisme impétueux de ses prises de décision. Bien des anciens se sont perdus en chemin, découragés d'être dévisagés par des inconnus dans des locaux qui n'étaient plus les leurs. Pourtant, comment contester l'obligation de cette évolution dans un monde humanitaire qui a lui aussi profondément changé ? Comment ne pas percevoir que, dans une Europe en mal de démocratie, le monde associatif en constitue l'un des principaux refuges ? Comment contester que, pour autant qu'on s'en donne la peine, il reste encore une grande place à la générosité, à la passion, à l'indignation dans une humanité qui, selon le mot d'Hanna Arendt, demeure plus que jamais « une lourde charge pour l'homme » ? Alors, foin de toute nostalgie, nous devons continuer à agir, même si c'est de façon bien différente d'il y a 30 ans. En dépit de toutes nos limites, de toutes nos impasses ou de toutes nos contradictions, l'espoir, oui, peut et doit demeurer...



# Nouvelles sur ordonnance

**Denis Labayle**

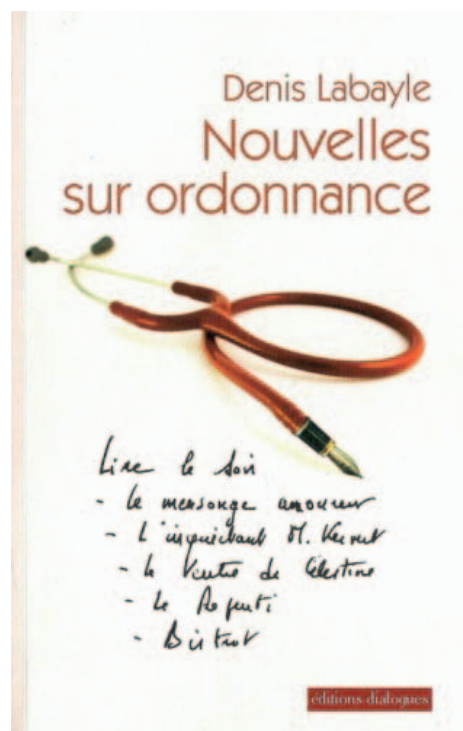
Editions Dialogues – 15,90 €

[www.denislabayle.fr](http://www.denislabayle.fr)

Les livres de médecine nous parlent habituellement des maladies et nous y trouvons tout ce qu'il faut savoir sur elles depuis Hippocrate qui a peut-être été le premier médecin à avoir rédigé le premier livre de médecine de l'histoire humaine. Depuis, les signes, les moyens diagnostiques et thérapeutiques alimentent la *disease* des livres que l'on ne trouve que dans les bibliothèques universitaires ou personnelles. Chacun de ces ouvrages nous parlent à la troisième personne de la maladie et voit son contenu se modifier avec le temps, les innovations techniques, thérapeutiques voire conceptuelles. Les nouvelles technologies passent mais les vieux dilemmes restent !

En revanche, les dix nouvelles du dernier livre de Denis Labayle, hépato-gastro-entérologue hospitalier, nous parlent avant toute chose de malades. Fatima, Jean Lentour, Larmonie et les autres sont toutes et tous des êtres humains de milieux sociaux, confessionnels, professionnels, ethniques différents. Elles et ils sont dans la souffrance physique et/ou psychique. Leur « je me sens mal » ou « je suis mal » interpellent à la première personne. Toutes et tous sont dans la *sickness* des anglo-saxons et le médecin devra leur répondre à la deuxième personne en traduisant, sans les trahir, leurs maux en mots qu'il faudra agglomérer en phrases pour déboucher dans l'*illness*. Dans cet état intermédiaire, le malade n'a que sa souffrance, le médecin ses connaissances mais sa démarche a deux dimensions tout aussi importantes et indispensables l'une que l'autre. Disons que sous le même joug, l'une est technique et scientifique, l'autre purement humaine dans une relation éthique à la frontière de la médecine et de la philosophie.

Denis Labayle avec des mots simples et une construction littéraire limpide va tourner autour de ce noyau de souffrance. Avec le cancer de la jeune Fatima Youssef, sa beauté et les barrières inhérentes à sa culture et à son milieu affectif. Tout s'y trouve, des frontières de la relation médecin-malade à l'impuissance face à la maladie malgré tous les progrès de la science. Avec celui du Père Jérôme, réveillant en lui, face à la mort, le poids d'une paternité refoulée. Ou celui de Madame Kevert, victime consentante du jeu pervers de Monsieur Kevert, manipulant médecin et épouse jusqu'à la chute de la nouvelle tombant comme un couperet. Avec le lymphome de Monsieur Larmonie dans un voyage thérapeutique en miroir à travers la musique de Robert Schumann. Avec la plongée dans l'alcool de Monsieur Jean Lentour après la mort de son fils dans un accident de moto. Avec le monde des exclus de la société et Madame Colemier, SDF mettant en porte-à-faux par sa dialectique implacable, tous les discours humanitaires de la société. Avec des cultures comme celle de Célimène amenant le médecin à se poser la question des rapports de nos thérapeutiques avec toutes celles qui nous paraissent irrationnelles. Celle du narrateur, qui après un nuit de 14 juillet passée à tenter de sauver un patient, se rend compte avec beaucoup d'humour qu'il n'y pas de rapport entre les efforts fournis et la reconnaissance du patient. Ce livre se termine par *La Dérive* avec l'effondrement dans la dépression, l'alcool, les tranquillisants puis le délire et l'hospitalisation en milieu psychiatrique, de Françoise, après la mort de son mari, médecin comme elle, d'un cancer du pancréas à l'âge de quarante ans.





Avec ce livre que vous ne lâcherez pas de la première à la dernière de ses dix nouvelles, Denis Labayle nous fait comprendre, avec la plus grande délicatesse, la plus grande discrétion, la plus grande humanité, sans trace de « moraline », sans trace de didactisme mais avec un humour toujours sur le fil du rasoir, que la médecine est un métier tragique, un métier éthique, un métier de responsabilité et à un métier à risque. A leur lecture me sont revenues en mémoire les propos d'André Comte-Sponville, lors des séminaires de *Médecine et Philosophie* que nous avons organisé dans le cadre de L'ISCM à l'Hôpital Saint Louis dans les années 1990-95 avec l'aide de Pat Lefrançois. La médecine est en effet un métier tragique car confronté au pire de la souffrance, de la solitude, de l'angoisse et de la mort ; un métier éthique car confronté à l'autre, individuellement et collectivement, et à soi-même dans la solitude ; un métier de responsabilité car sans la véritable possibilité pourtant bien tentante de nos jours de fuir dans le légalisme et la délégation aux experts de l'indispensable « *Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé* » ; un métier à risque et à celui de basculer dans l'angoisse, la dureté, l'indifférence ou le divertissement. Face à ces réalités, se pose une question, comment peut-on rester serein dans cette confrontation quotidienne à la douleur, à la mort, à la solitude ? Denis Labayle se la pose. La réponse vous appartient.

Jean-Marie André



**1<sup>ère</sup> Journée de Réflexion du CREGG  
32<sup>ème</sup> Congrès  
Paris - 28 septembre 2013  
Cercle National des Armées**

**Programme**

**10H00-11H00 : LE MODE DE FINANCEMENT DE LA MÉDECINE LIBÉRALE EN 2013**

Dr Philippe Houcke, Dr Anne-Laure Tarrerrias, Dr Patrice Pienkowski

**10h00-10h20 : L'avenir du financement de la protection santé**

M. Alain Even, Président du Conseil Economique, Social et Environnemental de la région Bretagne

**10h20-10h40 : Qui va payer nos honoraires demain ?**

Dr Denis Constantini (Paris)

**10h40-11h00 : Le mode de fonctionnement des mutuelles**

Dr Gilles Voydeville (Vandoeuvre-les-Nancy)

**11H-11H30 : ALLOCUTION**

Mme Valérie Pécresse, Députée des Yvelines, ancienne ministre

**11H30-12H : PAUSE**

**12H-13H : LE MODE DE FONCTIONNEMENT DE LA MÉDECINE LIBÉRALE**

Dr Jean-Marc Canard, Dr Jean-Christophe Létard, Dr Marie-Pierre Pingannaud

**12h00-12h20 : Avenant 8 : mise au point, les différents secteurs (contrat d'accès aux soins et sanction des dépassements excessifs), Quid du secteur 2 ?**

Dr Denis Constantini (Paris)

**12h20-12h40 : Enquête SFED : résultats préliminaires et le poids du libéral**

Dr Christian Boustière (Marseille)

**12h40-13h00 : La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique en pratique : principes, modalités de calcul, et comment optimiser votre P4P**

Dr Thierry Helbert (Marseille)

**13H-14H30 : DÉJEUNER**

**14H30-15H45 : S'INSTALLER EN 2013, LE PASSAGE DE TÉMOIN**

Pr Christophe Cellier, Luc Diez, Dr Eric Vaillant

**14h30-14h45 : Démographie des hépatogastro-entérologues**

Dr Jean-Luc Friguet (Rennes)





**14h45-15h00 : Les contrats de collaborateur médical**

M. Francisco Jornet, Responsable Juridique CNOM, service des contrats et exercice professionnel

**15h00-15h15 : Le stage d'interne en libéral ?**

Luc Diez, interne des hôpitaux (Strasbourg)

**15h15-15h30 : La femme en libéral, la vraie liberté**

Dr Vianna Costil, Dr Anne-Laure Tarrerias (Paris)

**15h30-15h45 : Synthèse**

Dr Franck Devulder (Reims)

**15H45-16H15 : L'AVENIR DE L'ENDOSCOPIE : QUI FAIT QUOI ? OÙ ? ET COMMENT ?**

Dr Jean-Marc CANARD (Paris)

**16H15-16H45 : PAUSE**

**16H45-17H30 : E-SANTÉ**

Dr Franck Devulder, Dr Pierre Coulom, Dr Patrick Faure

**16h45-17h00 : Suivi des maladies chroniques par internet**

Mme Valérie Sauterey, e-santé (Toulouse)

**17h00-17h15 : Les logiciels médicaux à l'heure du DPC (Développement professionnel continu) et du ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique)**

Dr Guillaume Bonnaud (Toulouse)

**17h15-17h30 : L'INIST (Institut national de l'information scientifique et technique) : quels services dans le domaine de la santé ?**

Mme Sylvie Leblanc, Inist (Vandoeuvre-les-Nancy)

**17H30-17H50 : GESTION DES RISQUES**

Dr Patrick Lévy (Strasbourg)

**17H50-18H30 : ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU CREGG ET MOT DE LA PRÉSIDENTE**

**COMITÉ D'ORGANISATION**

**Présidente** : Anne-Laure Tarrerias

**Secrétaire Général** : Éric Vaillant

**Secrétaire Général Adjoint** : Jean-Christophe Létard

**Trésorière** : Marie-Pierre Pingannaud



## Mot de la présidente

La réunion annuelle du CREGG a lieu cette année dans un lieu magique riche d'histoire, le cercle des armées à Paris. Conscients des difficultés que les praticiens rencontrent pour se libérer, nous avons réduit sa durée à une journée, le samedi 28 septembre.

Cette journée de réflexion a pour objectif de mettre à jour notre mode d'exercice, face aux dernières évolutions qui nous sont imposées : ROST, DPC, EPP... des termes que nous ne maîtrisons pas encore mais avec lesquels nous devons aujourd'hui composer. Alors comment s'adapter au mieux sans alourdir notre charge administrative ? Comment optimiser notre activité qui va augmenter en raison de la démographie ? Autant de questions qui sont traitées dans ce recueil et qui vous seront exposées au cours de cette première journée de réflexion.

Nous avons également une invitée politique de l'opposition non pas pour politiser le CREGG mais pour mettre en place un dialogue entre les praticiens de terrain que nous sommes et ceux qui ont à réfléchir sur les futures propositions de nos dirigeants. J'ai choisi une femme politique qui comprend bien ce que représentent les difficultés de concilier carrière et vie de famille, difficultés auxquelles notre profession aura à faire face en raison de la féminisation de notre spécialité. Nous vous présenterons d'ailleurs ce que souhaitent nos étudiantes en gastroentérologie, et comment elles envisagent leur activité à l'avenir ; nous partagerons l'expérience de celles qui, grâce au libéral, ont réussi à mettre en place cet équilibre.

J'espère que cette journée répondra à vos questions et vos souhaits. Elle restera conviviale dans ce lieu magique.

Merci à nos partenaires qui nous soutiennent dans l'organisation d'une réunion qui, sans eux, serait impossible.

*Dr Anne-Laure Tarrerias*  
Présidente du CREGG

## L'avenir du financement de la protection santé

### Alain Even

Président du Conseil Economique, Social et Environnemental de Bretagne  
Président de l'assemblée des « CESER de France »

### Aux origines de la sécurité sociale

- ▶ premières initiatives fin 19<sup>ème</sup>
- ▶ l'ordonnance de 1945 qui crée la «sécurité sociale» s'inscrit dans un principe de solidarité nationale
- ▶ la branche maladie n'est qu'une des branches de la sécurité sociale
- ▶ un financement qui repose sur le travail (cotisations sociales)

### Des évolutions majeures

- ▶ une croissance régulière des dépenses de santé (consommation de soins et biens médicaux) depuis 1959
- ▶ de nouveaux financements (création de la CSG en 1991) et progression de la part prise en charge par les ménages (complémentaires et reste à charge), 23 % en 2011
- ▶ une volonté de plus d'universalité : CMU en 1999



## Une difficile maîtrise des financements

- ▶ une croissance supérieure à celle de la richesse nationale (10 % du PIB en 1995, 11,6 % en 2010) comme dans l'ensemble des pays développés, 240 milliards € en dépenses courantes de santé en 2011
- ▶ une part majeure dans les comptes de la Nation (43 % de la dépense publique) et une part croissante dans la contribution aux déficits publics
- ▶ une loi de financement de la Sécurité sociale depuis 1996 avec la volonté de stabiliser l'ONDAM (objectif de dépenses de l'assurance maladie) qui bien que maîtrisé depuis 2010, augmente plus vite que la croissance

## Les évolutions possibles

- ▶ les limites du financement par le travail conduisent à moins de dépenses, plus de prise en charge par les ménages ou plus d'impôts...
- ▶ limiter les dépenses en volume avec une évolution de la structure
- ▶ diminuer la part socialisée des dépenses : accroître la part des complémentaires mais comment assurer l'universalité de l'accès aux soins (les EU dépensent plus mais de façon plus inégalitaire)
- ▶ recourir davantage à l'impôt mais la pression fiscale est déjà forte et quel impôt ?
- ▶ la tendance d'une progression plus rapide que celle de la richesse nationale est envisageable mais au-delà d'un point ou deux est-ce imaginable ?

## Le mode de fonctionnement des mutuelles

**Gilles Voydeville**

Chirurgien orthopédiste

Ancien président de l'Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux (ISNIH)

### La médecine et les mutuelles

Si le problème est posé, c'est que la solution est en geste : ainsi en va-t-il de l'analyse du philosophe Merleau-Ponty. Ceci devrait nous rassurer sur l'avenir de notre médecine française car ses problèmes sont évidents : l'accès aux soins est difficile pour certains et la paupérisation des médecins galope. La recherche d'une solution nous amènera à parler des mutuelles.

### L'accès aux soins

L'antienne de l'accès aux soins pour tous hante les politiques ; elle a été bien relayée par les médias au cours de l'automne 2012. Il s'agissait en effet pour le gouvernement de trouver une solution pour que chacun puisse se soigner, car l'on parlait du renoncement aux soins pour des raisons géographiques et pour des excès de dépassements d'honoraires. Une enquête conclut même que 82 % des gens étaient mécontents du système : en fait il s'agissait dans 56 % des cas de l'accès aux soins dentaires, dans 12 % de l'achat des lunettes, dans 9 % du tarif des spécialistes et dans 5 % de celui des omnipraticiens. D'autres sources impliquaient davantage les dépassements d'honoraires, d'autres les délais d'attente.

Mais le bouc émissaire était trouvé et il fallut que les syndicats médicaux signassent un accord sous peine d'une loi annoncée encore plus contraignante. Le biais était rusé car il permit de taper sur les supposés riches, prétendument pour venir en aide aux plus démunis soudain désireux de se faire soigner par le gratin médical. Ainsi naquit et fut signé par certains syndicats médicaux, l'Avenant 8 du Contrat d'Accès aux Soins : c'est un engagement volontaire du médecin à s'auto-limiter dans ses dépassements, en échange de quoi il recevra des avantages de revalorisation de ses actes et une diminution partielle de ses charges. Dans le même temps, le gouvernement tenta d'imposer l'installation des jeunes médecins en zone sous-dotée mais



pour l'instant, sans légiférer et sans succès. Les angoisses d'accouchement sur la route, liées à la fermeture des maternités pour des raisons de sécurité souvent abscones, priveront encore la femme du 21<sup>ème</sup> siècle des facilités de ses aïeules. La succession des omnipraticiens en âge de retraite ne sera toujours pas assurée et l'on verra encore des hommes de 91 ans travailler leur beau métier en attendant que les plus jeunes se décident à leur succéder. Quant à l'accès aux urgences dans des délais raisonnables de prise en charge, l'avenant n'en a cure. À Paris, l'encombrement des sites par des urgences qui souvent n'en sont pas mais ne trouvent pas d'autres chemins, s'expliquera toujours par l'impossibilité pour la jeune médecine libérale de s'y établir et d'y consulter : louer un local est impossible avec le niveau des revenus espérés. L'accès aux soins des handicapés restera encore peu résolu malgré l'intelligence du syndicat MG France qui s'est chargé d'organiser un congrès pour améliorer la qualité de l'offre. En résumé, il n'est pas certain que les patients les plus pauvres trouveront leur content dans cet Avenant 8 : car s'ils se satisfont d'une médecine de proximité et de qualité sans être élitiste, encore faudrait-il qu'elle existât.

L'Avenant 8 mit hors la loi les 1 500 médecins dépassant, en moyenne annuelle, de plus de 150 % le tarif Sécu, ceci partout sauf en région parisienne, Rhône Alpes et PACA. La justesse de cette mesure pourra échapper au commun mais il y a fort à parier que l'effet ne tardera pas à se faire sentir : concentration des spécialistes dans ces régions épargnées par la faux de l'Avenant 8, avec comme corollaire une nouvelle désertification des zones adjacentes et ce, par décret gouvernemental. À noter que les mutuelles qui s'étaient engagées à prendre en charge une partie de l'augmentation des revenus des médecins optant pour l'Avenant 8 de l'Accès aux Soins, se sont rétractées et que la Sécu se retrouve seule face à cette augmentation de charges, si jamais la chose se réalise.

## La paupérisation des médecins

Dans une étude récente de l'OCDE validée par Laurent Guimier le 12 novembre 2012 sur Europe I, les médecins français ont obtenu le 13<sup>ème</sup> revenu annuel sur les 14 pays examinés : notre pays est pourtant encore la 4<sup>ème</sup> puissance économique de cette organisation, la Chine n'appartenant pas à l'OCDE. En France, la consultation de l'omnipraticien est à 23 €, pour une moyenne de 40 € en Europe. L'omnipraticien français gagne 65 000 € par an, le canadien 250 000 \$. Le revenu moyen du médecin français est de 2 fois le revenu médian de son pays, alors qu'il est de 3 fois au Canada et de 3,5 fois en Angleterre. Depuis 10 ans, la France s'enfonce dans le classement.

Les déserts médicaux sont apparus dans le même temps, alors que, ce n'est pas un mirage, l'Ordre des Médecins a recensé au 1<sup>er</sup> janvier 2013, 272 000 médecins inscrits au Tableau dont 216 000 actifs, c'est à dire un nombre record absolu. Pourquoi ces déserts ? Parce que depuis quelques années, seulement 10 % de l'effectif des médecins formés annuellement s'installe en libéral. C'est plus qu'insuffisant pour remplacer les sylvestres seniors en partance pour la retraite, les urbains médecins de famille en âge de se reposer ou pour trouver des médecins de banlieue. Il serait faux de parler de démographie médicale vacillante : les médecins français sont nombreux, ils n'ont jamais été aussi nombreux. Mais, même épaulés par leurs collègues étrangers (21 111 médecins à diplômes étrangers qui ne se bousculent plus non plus dans les déserts malgré leurs exigences moindres), les médecins ne veulent ni s'isoler à la campagne avec des revenus qui ne leur permettront pas de payer les études supérieures de leurs enfants, ni s'installer à Paris pour n'y honorer que leur loyer professionnel, ni caresser un bien-être explosif dans des quartiers difficiles.

Foin d'incitation par la prime maigrelette, par l'obligation juvénile de service public temporaire ou par la déambulation de cabinets mobiles : le cœur de l'homme est ainsi fait que l'état désertique de nos contrées n'a qu'une vraie cause : le sous-paiement de l'acte médical. Et le nier ne fera qu'aggraver le problème de sous-médicalisation urbaine et agreste pour reporter un traitement simple : il faut payer ces gens qui ont fait les plus longues études, passé de sélectifs concours, ont des aspirations humanistes et rendent des services inestimables ; car, on le dit, la santé est le bien le plus précieux. Ce n'est pas parce qu'ils font un beau métier que ces médecins doivent être privés de l'étalon social du gain. Les caisses de l'État étant vides, le secteur II ayant été fermé aux omnipraticiens, on peut se demander comment trouver une solution, si ce n'est en le rouvrant à tous. Aujourd'hui à Paris, ces médecins généralistes conventionnés en Secteur I doivent manier des actes semi-légaux comme la répétition des dépassements exceptionnels ou



faire appel à la proximité d'une ville de cure (Enghien-les-Bains) pour dépasser le tarif basique et leur permettre de continuer à survivre.

Quant aux spécialistes qui attiraient des vocations par la difficulté de leur tâche, leur position sociale et leurs revenus élevés, on sait qu'ils ont subi l'érosion de l'inflation sans revalorisation et l'augmentation des charges sans compensation pécuniaire. L'Académie de Chirurgie vient de constater qu'en 40 ans, la revalorisation de ses actes chirurgicaux avait été de 8,5 %, non pas sur un an mais bien en tout sur ces quarante années. Parallèlement, les charges des chirurgiens des plateaux lourds s'envolent avec des assurances très chères de 14 000 à 70 000 € par an (très partiellement compensées par une prise en charge Sécu de 7 000 à 10 000 € si le chirurgien est accrédité), le paiement des salaires des aides opératoires (6 000 € en équivalent temps-plein par mois, charges comprises), les émoluments des secrétaires, experts comptables, la location des bureaux, l'acquittement de la redevance aux établissements, etc. Ajoutons l'augmentation constante des charges sociales et des cotisations RSI récemment dé plafonnées qui, à elles deux, représentent maintenant 20 % du chiffre annuel d'un spécialiste. Si bien que pour beaucoup de ces professionnels de santé, la somme des actes que leur paie la Sécu est égale à leurs frais réels : dans ces conditions, le secteur II n'est pas superflu mais nécessaire à la naissance d'un revenu. Dénigrer le Secteur II comme l'a fait le gouvernement à l'automne, pourrait relever de l'ignorance ou de la manipulation, surtout si l'on considère que les spécialistes qui dépassent le tarif Sécu de plus de 150 % sont d'abord dans la légalité et seulement un pour deux mille (0,05 %), sans oublier que ceux qui les consultent, les choisissent pour leurs tarifs, en toute connaissance de cause...

## Les mutuelles

Pour épargner à la Sécu la charge de la revalorisation des honoraires médicaux, le ministère de Raymond Barre a créé le Secteur II : secteur à honoraires libres, fixés avec tact et mesure et surtout laissés à la charge du patient ou de sa protection privée. Les Français, dans une louable organisation, se sont tournés vers les organismes mutualistes pour se couvrir de ces nouveaux frais. Ils ont participé à l'essor de ces systèmes qui sont de quatre ordres : les compagnies d'assurances, les mutuelles d'assurances (toutes deux régies par le Code des Assurances), les instituts de prévoyance (régis par le Code de la Sécurité Sociale), et les mutuelles (régies par le Code de la Mutualité). Ces quatre entités sont en théorie de nature différente (les deux premières versant des dividendes à leurs actionnaires, et les deux autres non), mais elle se sont regroupées en 2005 dans l'UNOCAM, ce qui traduit leurs convergences. Certaines peuvent changer de statut et de nom, l'Ancienne Mutuelle de Rouen ayant prospéré et étant devenue la compagnie d'assurance AXA.

## Les frais de gestion

Ces organismes publient leurs comptes annuellement mais le détail de leurs frais de gestion reste souvent secret et ceci, tout à fait légalement car le gouvernement a reporté cette obligation à l'année 2014. La Mutualité met en avant « les frais de gestion du tiers payant, les démarches auprès des professionnels, l'animation de la vie démocratique, la prévention, l'éducation à la santé et l'action sociale ». Elle n'insiste pas sur les salaires et le prix de la publicité. Les frais se situent autour de 17 % d'après la Mutualité, 20 % d'après la ministre de la Santé, plus pour certains observateurs. Un bon comparatif des frais peut se faire avec ceux de la Sécu qui eux tournent autour de 4 % et ce, malgré le versement de salaires - modérés il est vrai - des médecins conseils auxquels les mutuelles ne sont pas astreintes. Le président de la CNAM a d'ailleurs récemment déclaré que les mutuelles avaient des progrès à faire en la matière. Pour les administrateurs des mutuelles, seuls les indemnités de présence et frais de déplacements sont pris en compte, ce qui constitue un poste de dépense raisonnable : 80 000 € pour les seize administrateurs de la MATMUT ; 165 € par administrateur à la MAAF, 600 € chez MMA. Mais les salaires sont souvent méconnus et très variables : le président de la MNT est bénévole, le président de la MAIF peu payé, les dix premiers salaires des dirigeants de Médéric font au total 2 M€, idem chez ProBTP. Mais à la Mutuelle des Sportifs, c'est 300 000 € de salaire annuel pour chacun des deux dirigeants, certaines secrétaires émargeant à 90 000 €. L'UFC « Que Choisir ? » qui s'est intéressée aux mutuelles étudiantes (LMDE) a demandé le transfert de ce régime aux caisses de



la Sécu pour économiser 90 M€... Les émoluments des dirigeants des mutuelles d'assurances sont beaucoup plus élevés : le DG de Groupama a perçu 1,544 M€ en 2010, les membres de son conseil d'administration se répartissant 1,703 M€, les membres du comité de la direction générale se partageant 5,021 M€. Le PDG d'AXA émarge lui à 3,4 M€.

La part allouée à la publicité est variable : 22 millions d'euros pour la MATMUT qui emploie les drôlissimes Lasपालes et Chevalier, finance des écuries automobiles (IMSA Performance et Oreca). La MACIF, elle, a engagé un bateau pour le Vendée Globe, AG2R une équipe dans le Tour de France. Les exemples de réclame sont nombreux et chacun pourra tous les jours, en ouvrant son poste de télévision ou son journal, constater la volonté de séduire de ces organismes, comme s'ils étaient tous lucratifs... Le problème est que cet argent n'ira pas honorer le remboursement des frais médicaux du mutualiste. Notons que des amendements UMP opposés au projet de loi d'extension des réseaux mutualistes proposaient, pour éviter ces dérives, la fiscalisation des frais de publicité des mutuelles : ils ont été rejetés par le parlement.

Au total, les frais des mutuelles seraient de l'ordre de 8 milliards d'euros, ceci étant à mettre en parallèle avec les 0,8 milliard que ces mutuelles ont reversé l'année dernière pour les dépassements d'honoraires.

### Les investissements

Les investissements immobiliers des organismes mutualistes sont souvent importants : le siège de la MATMUT à Rouen vient de coûter 60 M€, les achats d'hôtels particuliers pour les sièges régionaux sont fréquents, les hôtels, les maisons de vacances collectives font partie des biens connus. La MACSF vient d'acquérir auprès du fond d'investissement Colony, le Château Lascombes, deuxième cru classé de Margaux. Les investissements financiers peuvent se faire dans des paradis fiscaux et se solder par une lourde perte d'argent et d'image. La Grèce fut un haut lieu de spéculation, le Luxembourg semblerait l'être encore. C'est dans les faillites des établissements financiers ou des cabinets de courtage que l'on découvre les pertes de certaines mutuelles. Au total, sous des prétextes de disponibilité des fonds qui permettent de ne pas reverser tout l'argent aux mutualistes, on immobilise au contraire des fonds dans des biens luxueux et on les risque parfois dans des produits financiers volatils et sulfureux.

### La répartition des remboursements aux patients

La publication des comptes des mutuelles permet de savoir ce que coûte chaque branche : par exemple à la Mutuelle du Médecin, 33 % de ses versements sont consacrés au remboursement du médicament, 33 % aux frais dentaires et d'optique, 14 % aux frais médicaux (le ticket modérateur) et seulement 4 % aux dépassements d'honoraires.

Pour le niveau de la couverture des dépassements d'honoraires par les mutuelles, les cotisations et les remboursements sont variables en fonction de chacune, mais de grandes tendances se dégagent : si le patient est un jeune salarié dans une entreprise, son employeur prenant en charge une partie de la cotisation, la sienne variera de 25 à 50 € selon le nombre de personnes à charge et sa couverture sera garantie entre 50 % et 300 % du tarif Sécu. Si au contraire le patient est à la retraite, malgré une longue vie de souscription, sa couverture avoisinera souvent le zéro : 0 % à la MMC pour 100 €/mois/personne, 10 % à la MNH pour 70 €/mois/p. Mais 100 % chez Préviades et Mutualia pour la même cotisation. Au total, rares sont les mutuelles qui couvrent le retraité au-delà de 50 % du tarif opposable, si ce n'est pour des cotisations bien supérieures.

Même si la Mutualité annonce 83 % de versements des cotisations aux adhérents, la part redistribuée par chacune des mutuelles est difficile à connaître et varie évidemment avec le niveau d'intégrité, le besoin de profit ou la peur de l'avenir... Si l'on prend l'exemple de la Mutuelle des Sportifs, la part redistribuée est catastrophique, de 3,5 M€ à 5,8 M€ les deux dernières années pour une perception de 14 M€ de cotisations annuelles. En revanche, cette Mutuelle des Sportifs reverse environ 2,2 M€ sous forme de commissions aux fédérations sportives et 0,9 M€ au titre de partenariat... On sait par certains administrateurs indiscrets, mais qui veulent rester anonymes, que certaines mutuelles ne savent plus quoi faire de leur argent. Pour que cela n'appartienne plus au domaine du fantasme, nous aimerions connaître leurs frais et leur patrimoine. Au total, la question se pose : l'usage qu'elles font de l'épargne populaire est-il judicieux pour la santé du peuple, licite, conforme aux fondamentaux mutualistes et utile à la





rémunération des soignants ? La réponse est oui pour les unes et non pour les autres. Le plus étonnant est qu'il n'existe pas de vraie différence de prestation entre les mutuelles-mutuelles et les mutuelles d'assurances qui doivent reverser des dividendes.

### Les centres intégrés médicaux appartenant aux mutuelles

Pour diminuer le coût de leurs prestations, la tradition voulait que certaines mutuelles emploient des soignants dans des sites dédiés : Centre de Santé MGEN, par exemple. Malheureusement, la loi vient d'autoriser l'extension du principe avec la signature d'un contrat individuel liant les deux parties, c'est-à-dire que l'organisme mutualiste ou assurantiel pourra diriger ses adhérents vers tel ou tel médecin en fonction de ses accords. Ceci est en contradiction avec les articles 6 (libre choix), 8 (libre prescription) et 57 (détournement de clientèle) du Code de la Santé Publique. Il caractérise une dérive qu'il faudra combattre par le refus de chacun de signer de tels engagements : c'est le seul outil qui nous reste puisque la loi est votée.

Rappelons que la mansuétude de certains organismes doit être examinée à l'aune de l'appel du 2 novembre 2012 des médecins des Centres Mutualistes des Bouches du Rhône qui dénonce les contraintes nombreuses qui leur sont faites, dont ce principe : pas de carte Sécu = pas de soins. Et pourtant Messieurs les Mutualistes, nous avons besoin des meilleurs d'entre vous. Votre désintéressement nous est nécessaire. Votre métier est important s'il aide la Santé à s'établir, s'il permet aux gens de se soigner, aux médecins d'être payés : car notre état providence a vécu. Rendez ce que l'on vous a prêté et soyez en remerciés.

### Les propositions

Pour améliorer l'accès aux soins, il faut programmer l'ouverture du Secteur II pour tous les médecins désireux d'y adhérer. Cette adhésion devra s'accompagner d'un engagement du médecin à calquer son dépassement d'honoraire sur celui autorisé par le contrat mutualiste du patient et ce, dans au moins 50 % des cas. La moitié des patients français, la moins aisée, sera satisfaite de la vraie gratuité des soins, les déserts trouveront des praticiens en nombre suffisant pour les abreuver d'une bonne médecine et les médecins recouvreront un niveau de vie conforme à leur rang social et européen. Le niveau des cotisations publique et privée de chaque Français le permet d'ores et déjà.

L'appellation Mutuelle a été galvaudée. Elle ne représente plus rien d'homogène. Les mutuelles qui ont su garder l'éthique première en souffrent ainsi que tous les acteurs de la santé. Pour ce, il faut que l'Etat labellise les organismes qui répondront à certains critères :

- ▶ Transparence des frais de gestion avec publication des salaires des dirigeants et du personnel ;
- ▶ Publication du patrimoine foncier et mobilier de chaque organisme ;
- ▶ Interdiction de la publicité payante ou modération à un 1 % du chiffre d'affaires ;
- ▶ Interdiction d'investissement dans les paradis fiscaux ;
- ▶ Publication du pourcentage du reversement aux adhérents des recettes encaissées ;
- ▶ Mise à disposition d'une carte pour chaque mutualiste, sur laquelle seront inscrits ses droits et avantages, au lieu de ces cartes faites pour être illisibles en inscrivant « 100 % » derrière chaque item.

Afin d'éviter les confusions et de repartir sur de bonnes bases, il sera nécessaire de trouver un autre label que celui de « Mutuelle » ; nous pourrions proposer : « Complémentaire Équitable ».

### Conclusion

On sait que les révolutions naissent de l'incapacité des politiques à s'apercevoir qu'un seuil critique a été franchi : il faut d'urgence améliorer l'accès aux soins, payer correctement les médecins et surveiller les mauvaises mutuelles.

On n'enrichit pas un pays en négligeant son peuple et en appauvrissant ses élites.

*Remerciements au Dr Y le Flohic, médecin généraliste élu aux URPS de Bretagne, pour son blog « Dr Gomi ».*



## **Avenant 8 : mise au point, les différents secteurs (contrat d'accès aux soins et sanction des dépassements excessifs Quid du secteur 2 ?**

**Denis Constantini**

Paris

L'avenant 8 signé par l'UNCAM, l'UNOCAM, et les syndicats médicaux majoritaires, comporte trois volets essentiels : des contraintes pour le secteur 2, la création d'un nouveau secteur « le contrat d'accès aux soins » (CAS), des revalorisations tarifaires réservées au secteur 1 et au CAS.

### **Les contraintes sur le secteur 2**

- ▶ Obligation de tarif opposable étendue aux patients éligibles à ACS (Aide à la Complémentaire Santé) (outre les CMU et les urgences) ;
- ▶ Sanction des dépassements excessifs repérés sur deux critères principaux, le taux de dépassement moyen recalculé supérieur à 150 %, et le montant moyen annuel de dépassement par patient rapporté au revenu médian départemental supérieur à 3 %.

Ces sanctions ne concernent qu'une faible minorité de médecins de secteur 2 et après un long processus, seront avalisées par la CPN dont l'avis est contraignant sur le directeur de la caisse.

### **Le contrat d'accès aux soins**

- ▶ Sont éligibles au CAS, les secteurs 2 et les médecins titrés bloqués en secteur 1 ;
- ▶ L'engagement est de geler son taux de dépassement moyen recalculé (de 2012, avec un maximum de 100 %), et de maintenir sa part d'activité à tarif opposable ;
- ▶ L'engagement est sur 3 ans, réversible chaque année ;
- ▶ En contrepartie, les caisses participent à la prise en charge des cotisations sociales sur la part « tarifs opposables » et les complémentaires sont incitées à prendre en charge ces dépassements.

### **Les revalorisations**

- ▶ Elles totalisent 470 millions d'euros (320 UNCAM + 150 UNOCAM qui, pour la première fois, participe au financement des tarifs opposables) ;
- ▶ Réservées au secteur 1 et au CAS.
- ▶ Elles bénéficient largement aux généralistes

Cet avenant vise à restructurer profondément l'offre de soins libérale en faisant à terme du CAS le secteur d'activité essentiel, cela va de pair avec la restructuration de la couverture santé faisant de l'UNOCAM le deuxième pilier institutionnel de son financement.



# Pratique de la coloscopie en France : Enquête “une semaine d’endoscopie en France”

**Christian Boustière**

Coordinateur de l'enquête pour la SFED (Société Française d'Endoscopie Digestive)

Service d'hépatogastro-entérologie, Hôpital Saint Joseph, Marseille

*boustiere@orange.fr*

## Mots-clés

Coloscopie ; Dépistage ; Polype ; Adénome colique ; Cancer colorectal ; Taux de détection des adénomes

## Introduction

L'enquête annuelle « une semaine d'endoscopie en France » a été menée auprès des gastro-entérologues français pour obtenir, grâce à un questionnaire en ligne anonymisé, un recueil de données relatives aux modalités de réalisation et aux performances diagnostiques de la coloscopie en pratique courante. Cette enquête apporte des renseignements sur les caractéristiques des patients, la prise en charge, les indications, les modalités de réalisation des actes, leurs résultats et les complications, informations capitales qui ne peuvent être fournies par les seules données administratives (cotation des actes dans la CCAM). Pour la première fois, par rapport aux versions antérieures, nous avons intégré un volet post-polypectomie pour avoir l'histologie des polypes afin de pouvoir calculer le taux de détection des adénomes (TDA) et ses variations éventuelles. En outre, l'essentiel des données en la matière provient d'Amérique du Nord, et les données françaises ou européennes sont relativement peu nombreuses, ce qui ajoute encore à l'importance de cette enquête unique en son genre.

## Méthodologie de l'enquête

Un questionnaire en ligne a été adressé aux gastroentérologues français, identifiés à partir des bases de données de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED). Des informations démographiques et professionnelles étaient recueillies pour les médecins participants : âge, sexe, conditions d'exercice, structure d'accueil, zone d'activité ; elles étaient ensuite comparées aux données nationales du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Les données de toutes les endoscopies digestives consécutives, réalisées durant une semaine étaient enregistrées en ligne. Pour la coloscopie, étaient recueillies des informations sur l'environnement du geste : structure d'accueil (établissement public ou privé, centre autonome), type de prise en charge (externe, ambulatoire, ou hospitalisation), type d'anesthésie, score anesthésique ASA pour les patients sédatisés, existence d'une consultation pré-endoscopie, obtention d'un consentement signé par le patient, prise d'anticoagulant ou d'antiagrégant plaquettaire, et d'autre part, des informations sur le geste lui-même : type et efficacité de la préparation colique, indications, constatations et gestes thérapeutiques éventuellement réalisés, taux d'échec d'intubation cœcale et cause invoquée, histologie d'éventuels polypes, complications. Les résultats étaient ensuite extrapolés aux 2 600 gastro-entérologues qui, d'après la SFED, réalisent des endoscopies de façon régulière, puis à une année entière d'endoscopie en France à partir du nombre de jours travaillés annuels (245 jours pour les hospitaliers et 241 jours pour les libéraux/praticiens à activité mixte). Les performances diagnostiques de la coloscopie étaient évaluées principalement au moyen du taux de détection des adénomes (TDA), défini comme le nombre de coloscopies ayant retrouvé au moins une lésion adénomateuse divisé par le nombre total de coloscopies.

En formulant l'hypothèse que le nombre de patients inclus reflétait l'activité hebdomadaire des médecins participants, les données de l'enquête étaient extrapolées sur la population totale des médecins gastro-entérologues pratiquant des endoscopies digestives puis sur l'année d'exercice.



## Principaux résultats

### Médecins participants

475 gastroentérologues ont répondu à l'enquête, et 342 ont fourni des données complètes et analysables sur 5 069 patients. Une coloscopie a été réalisée chez 3 266 patients, ce qui correspondait, après extrapolation, à 1 200 529 examens (IC 95% [1125936-1275122]) pour l'année 2011. 74,9 % des médecins étaient des hommes, d'âge moyen  $50,6 \pm 8,6$  ans. Le mode d'exercice était mixte ou libéral dans 71,1 % des cas, dans des zones d'activité fortement peuplées (bassin de population > 200 000 habitants) dans 33,6 % des cas. Les médecins réalisaient en moyenne des endoscopies  $3 \pm 1,2$  jours par semaine, pour  $14,8 \pm 9,1$  patients/semaine, soit environ 5 patients par vacation d'endoscopie. La comparaison de la population de médecins participants (classes d'âge, proportion homme/femme, condition et région d'exercice) aux paramètres nationaux du Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2011 ne retrouvait pas de différence statistiquement significative.

### Contexte de la coloscopie

Le score ASA était  $\leq 2$  pour plus de 90 % des patients. 11,2 % des patients suivaient un traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire, qui était de l'aspirine dans 52,5 % des cas et du clopidogrel® dans 12,6 % des cas. Un avis cardiologique avait été sollicité dans près d'un tiers des cas, et le traitement antiagrégant plaquettaire avait été modifié chez 7,6 % des patients. 90,2 % des coloscopies étaient réalisées sous anesthésie générale conduite par un anesthésiste ou un infirmier anesthésiste, 0,6 % par le gastroentérologue lui-même, et 9,2 % sans sédation. Une consultation précédant l'endoscopie, par le gastro-entérologue dans 94,9 % des cas, avait été réalisée pour plus de 90 % des gestes. Un consentement signé avait été obtenu pour 72,6 % des patients. La coloscopie était réalisée dans 53 % des cas dans un établissement privé, et 79,8 % des examens étaient réalisés en ambulatoire. La préparation, prise pour plus de 80 % des patients en deux fois la veille de l'examen, consistait en 4L de polyéthylène glycol dans la moitié des cas et associé à un régime pauvre en résidus dans 88,1 % des cas.

### Patients

48,1 % des patients étaient des hommes, âgés de plus de 50 ans dans 76,7 % des cas. Les principales indications de la coloscopie étaient le dépistage du CCR dans 39,8 % des cas, l'exploration de symptômes digestifs dans 38,9 % des cas, l'exploration d'une anémie ferriprive dans 4,7 % des cas, et un test Hemocult® positif dans 4,6 % des cas.

### Constatations de la coloscopie

10,3 % des coloscopies étaient incomplètes, en raison d'une préparation insuffisante dans 6,6 % des examens. L'examen était normal dans 43 % des cas. Un ou plusieurs polypes colorectaux étaient diagnostiqués dans plus de 1/3 des cas. Les diagnostics endoscopiques évoqués sont présentés dans le tableau 1. Une polypectomie a été pratiquée dans 35,5 % des coloscopies qu'il s'agisse d'une polypectomie standard (30,9 %) ou d'une mucoséctomie endoscopique (4,6 %). Les polypes étaient de taille  $\geq 10$  mm dans 21 % des cas, multiples ( $n > 3$ ) dans 14 % des cas, et siégeaient en amont de l'angle gauche dans 47 % des cas. Le diagnostic de CCR était évoqué sur la coloscopie dans 2,9 % des cas.

**Tableau 1 : diagnostics endoscopiques lors des coloscopies**

Diagnostic évoqué à l'endoscopie	% total coloscopies	N extrapolé pour 2011 (IC 95%)
Tumeur maligne colorectale	2,9 %	34624 (27952 ; 41295)
Polype(s) colorectal(aux)	35,7 %	427865 (389108 ; 466622)
Diverticulose	19,3 %	231854 (204351 ; 259357)
Rectocolite hémorragique	1,7 %	20598 (14343 ; 26852)
Maladie de Crohn	1,4 %	16920 (11902 ; 21939)
Colite infectieuse	0,5 %	5898 (2945 ; 8851)
Colite ou rectite radique	0,6 %	7013 (4009 ; 10017)
Colite ischémique	0,3 %	3687 (1588 ; 5787)
Angiome, angiodysplasie	0,8 %	9927 (6449 ; 13406)
Tumeur sous-muqueuse	0,2 %	1839 (346 ; 3331)
Colite non classée	2,3 %	27249 (20924 ; 33574)

L'analyse histologique était disponible après retour du questionnaire spécifique pour 855 coloscopies, soit plus des deux tiers des endoscopies avec résection de polype. Le taux de détection des adénomes était de 17,7 %, parmi lesquels 1,4 % d'adénomes festonnés. Un polype dégénéré avec adénocarcinome infiltrant était diagnostiqué dans 0,4 % des coloscopies. La fréquence des adénomes en dysplasie de haut grade, carcinome in situ ou carcinome infiltrant augmentait proportionnellement avec la taille du plus gros polype (Tableau 2).

**Tableau 2. Corrélation entre le type histologique et la taille du plus gros polype**

Type histologique	Taille du plus gros polype				
	t ≤ 5 mm	6mm ≤ t ≤ 9 mm	10 mm ≤ t ≤ 20 mm	t > 20 mm	
Hyperplasique, adénome DBG	<b>98,3 %</b>	<b>93,9 %</b>	<b>76,0 %</b>	<b>61,4 %</b>	<b>p &lt; 0,0001</b>
Adénome DHG ou carcinome	<b>1,7 %</b>	<b>6,1 %</b>	<b>24,0 %</b>	<b>38,6 %</b>	
Total	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	

## Rendement diagnostique de la coloscopie et facteurs associés

Le taux de détection global de polypes était de 35,5 %

Le taux de détection global des adénomes était de 17,7 %. Le sexe masculin (21,2 vs 14,5 %,  $p < 0,001$ ), l'âge  $\geq 50$  ans (20,6 % vs 8,5 %,  $p < 0,0001$ ), des antécédents personnels de polype ou de cancer colorectal (23,8 % vs 15,1 %,  $p < 0,0001$ ), des antécédents familiaux de polypes ou cancer colorectal (21,7 vs 16,2 %,  $p = 0,0002$ ), et un test Hémocult® positif (28 % vs 17 %,  $p = 0,0008$ ) étaient des facteurs associés à un TDA plus élevé.

La prévalence du CCR était de 4,2 % parmi les patients sans antécédent de coloscopie totale, contre 1,4 % chez les patients ayant déjà bénéficié d'une coloscopie totale ( $p < 0,0001$ ).

## Complications

Parmi les 370 864 (IC 95% [331490 ; 410239]) polypectomies potentiellement réalisées en France en 2011, le taux de complication rapporté était de 1,1 %. Une hémorragie, une fièvre, ou une perforation étaient retrouvés dans 0,6 %, 0,2 % et 0,1 % respectivement. La survenue de complications de la polypectomie n'était pas significativement associée à l'âge ou au sexe des patients, à la prise d'un traitement antiagrégant plaquettaire ou anticoagulant, à la localisation ou au type sessile ou pédiculé des polypes, mais augmentait significativement avec la taille des lésions réséquées. Aucune perforation colique n'a été rapportée au cours de cette enquête.



## Commentaires

Cette enquête prospective sur la pratique de la coloscopie, est la seule disponible pour la France à ce jour.

L'activité sur une semaine est un reflet plus exact de l'activité réelle des gastro-entérologues, et diminue ainsi le biais d'extrapolation. La fiabilité statistique est de plus optimisée par la version électronique en ligne du recueil de données, exigeant de remplir chaque item avant validation, et permettant ainsi de limiter la perte d'informations.

Parmi les 1 200 529 coloscopies (IC 95% [1125936-1275122]) qui auraient été réalisées en France en 2011, 43 % seulement étaient normales.

Dans cette étude, le taux de détection global des polypes étaient de 35,5 % et le taux moyen de détection des adénomes de 17,7 %. Le TDA est considéré comme un critère majeur de qualité d'une coloscopie, du fait notamment de son association au risque de CCR d'intervalle entre deux coloscopies. D'autres études internationales concordent vers des TDA avoisinant les 20 %. Dans notre étude, le sexe, l'âge > 50 ans, les antécédents personnels ou familiaux coliques, de même que la positivité du test Hemoccult® influençaient le TDA.

Si la proportion d'adénomes en dysplasie de haut grade ou d'adénocarcinomes augmentait avec la taille des polypes pour atteindre 24 % pour les lésions de plus 10 mm ou plus, il faut souligner que près de 2 % des polypes de 5 mm ou moins, classiquement décrits comme « micropolypes » présentaient ces caractéristiques histologiques préoccupantes.

Enfin, la variation du taux de détection de polypes en fonction de l'antécédent de coloscopie peut être mise en relation avec le taux de détection de CCR : cela vient confirmer l'hypothèse selon laquelle les programmes de surveillance colique par coloscopie chez les patients ayant des antécédents de polypes amènent à répéter dans le temps des résections de polypes, et préservent les patients de la survenue du CCR, avec un risque divisé par 3 (4,2 % vs 1,4 %,  $p < 0,0001$ ).

Nos résultats montrent que la coloscopie en France est un examen sûr, à fort rendement diagnostique et qui, en accord avec des publications très récentes, diminuerait significativement l'incidence du CCR. Néanmoins, des critères de qualité majeurs, tels que l'optimisation de la préparation ou l'augmentation du taux de coloscopies complètes, restent encore à améliorer. Enfin, il faut rappeler qu'environ une coloscopie sur 5 permet la résection d'un adénome colique, et que la polypectomie est à ce jour le seul geste à même de prévenir le cancer colorectal.

## Principales références bibliographiques

Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, Lansdorp-Vogelaar I, van Ballegooijen M, Hankey BF, Shi W, Bond JH, Schapiro M, Panish JE, Stewart ET, Waye JD. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. *N Engl J Med* 2012;366(8):687-96.

Schoen RE, Pinsky PF, Weissfeld JL, Yokochi LA, Church T, Laiyemo AO, Bresalier R, Andriole GL, Buys SS, Crawford ED, Fouad MN, Isaacs C, Johnson CC, Reding DJ, O'Brien B, Carrick DM, Wright P, Riley TL, Purdue MP, Izmirlian G, Kramer BS, Miller AB, Gohagan JK, Prorok PC, Berg CD; PLCO Project Team. Colorectal-cancer incidence and mortality with screening flexible sigmoidoscopy. *N Engl J Med* 2012 ;366(25):2345-57.

Pox CP, Altenhofen L, Brenner H, Theilmeier A, Stillfried DV, Schmiegel W. Efficacy of a nationwide screening colonoscopy program for colorectal cancer. *Gastroenterology* 2012;142(7):1460-1467.e2.

Michaud-Herbst A, Jouhet V, Ingrand P, Letard JC, Dupuychaffray JP, Barrioz T, Beauchant M, Poitou-Charentes Gastroenterologist Network. Evaluation of French guidelines on the indications of colonoscopy: results of a regional practice survey. *Clin Res Hepatol Gastroenterol* 2011 ; 35(12):839-44.

Kaminski MF, Regula J, Kraszewska E, et al. Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. *N Engl J Med* 2010;362:1795-1803.

Brenner H, Haug U, Arndt V, Stegmaier C, Altenhofen L, Hoffmeister M. Low risk of colorectal cancer and advanced adenomas more than 10 years after negative colonoscopy. *Gastroenterology* 2010 ;138(3):870-6.

Ferlitsch M, Reinhart K, Pramhas S, Wiener C, Gal O, Bannert C, Hassler M, Kozbial K, Dunkler D, Trauner M, Weiss W. Sex-specific prevalence of adenomas, advanced adenomas, and colorectal cancer in individuals undergoing screening colonoscopy. *JAMA* 2011;28;306(12):1352-8.

Denis B, Sauleau EA, Gendre I, Piette C, Bretagne JF, Perrin P. Measurement of adenoma detection and discrimination during colonoscopy in routine practice: an exploratory study. *Gastrointest Endosc* 2011;74(6):1325-36.

Blanks RG, Moss SM. The calculation of targets for the cancer and adenoma detection rates for the NHS bowel screening programme. *J Med Screen* 2012;19(2):72-6.





## Le médecin collaborateur libéral

**Francisco Jornet**

Directeur des services juridiques du Conseil national de l'Ordre des médecins

L'article 18 de la loi 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des Petites et Moyennes Entreprises a créé le statut de collaborateur libéral pour l'ensemble des professions libérales. et un contrat type de médecin collaborateur libéral, a été adopté par le Conseil national le 22 septembre 2005.

### La définition du collaborateur libéral

Aux termes de la loi, a la qualité de collaborateur libéral le membre non salarié d'une profession (libérale) qui dans le cadre d'un contrat de collaboration libérale exerce auprès d'un autre professionnel, personne physique ou morale, la même profession.

### Le collaborateur libéral n'est pas un salarié

La loi elle-même a martelé cette évidence et en a tiré un certain nombre de conséquences :

- le collaborateur libéral est responsable de ses actes professionnels.

Pour les médecins, cette affirmation légale signifie que le collaborateur libéral devra souscrire, comme tous les professionnels de santé exerçant à titre libéral, une assurance obligatoire en responsabilité civile professionnelle (article L.1142-2 du code de la santé publique).

- le collaborateur libéral relève du statut social et fiscal du professionnel libéral.

Cette mention de la loi doit conduire le professionnel libéral à s'immatriculer à l'URSSAF. Il paiera les charges sociales afférentes à cet exercice et pour les médecins s'affilier à la CARMF. Du point de vue fiscal, le collaborateur libéral sera redevable des règles fiscales communes à l'ensemble des professionnels libéraux.

A côté de ces conséquences légales la convention nationale des médecins fait du collaborateur libéral un médecin conventionné et son secteur conventionnel n'est pas lié à celui du titulaire du cabinet.

- le collaborateur libéral peut se constituer une clientèle personnelle.

La loi fait de cette faculté la clef de voûte de la distinction entre salarié et collaborateur libéral s'inspirant ainsi de la jurisprudence de la Cour de Cassation qui requalifie en salariat des collaborations entre avocats faute pour le collaborateur de l'avocat d'avoir pu se constituer une clientèle personnelle.

Ce critère, bien adapté aux professions juridiques compte tenu de leur mode d'exercice, ne va pas de soi pour les professions de santé et les chirurgiens-dentistes avaient développé depuis des décennies une collaboration libérale d'où ce critère était absent.

Le Conseil national avait attiré l'attention du Gouvernement et du Parlement sur les difficultés de mettre en œuvre cette notion dans l'exercice médical mais le Parlement a entendu en faire l'élément central et le vecteur commun de la collaboration libérale dans toutes les professions libérales. Ce point est aujourd'hui dans la loi et il nous appartient d'en tirer les conséquences.

Même difficile à mettre en œuvre, ce critère mettra désormais à l'abri le contrat de collaboration libérale de tout risque de requalification en contrat de travail avec les conséquences très lourdes qui étaient attachées à ces requalifications : paiement rétroactif des charges sociales, paiement d'indemnités de licenciement, notamment au moment de la rupture du contrat.

### Le collaborateur libéral n'est ni un remplaçant ni un associé

Le médecin collaborateur n'est pas un remplaçant : il n'exerce pas aux lieu et place d'un médecin dont il suit la clientèle mais auprès d'un médecin ; il peut dans ce cadre se constituer sa propre clientèle.

Même s'il peut se constituer une clientèle personnelle, le collaborateur libéral n'en devient pas pour autant un associé de la structure dans laquelle il exerce. En effet, ce collaborateur



exerce avant tout auprès de cette structure (personne physique ou morale) et de sa clientèle. Le titulaire du cabinet reste maître des décisions à prendre dans sa gestion. Là aussi, les frontières peuvent se révéler ténues notamment avec la situation de l'associé temporaire et il ressort des travaux préparatoires que le collaborateur libéral a vocation à devenir l'associé ou le successeur du titulaire du cabinet voire à s'installer indépendamment de ce dernier.

## Le contrat de collaborateur libéral

### La nécessité d'un contrat

**La loi a prévu la nécessité d'un contrat écrit qui lie le collaborateur libéral à la personne physique ou morale auprès de laquelle il exerce.**

Sur ce point elle rejoint les exigences propres aux médecins qui figurent à l'article L.4113-9 du code de la santé publique. Ce texte impose déjà l'obligation d'un écrit pour les contrats d'exercice conclus par les médecins.

**La loi a également prévu que ce contrat devait, à peine de nullité, comporter un certain nombre de mentions sur lesquelles nous reviendrons en cours d'examen du contrat type.**

### L'intérêt d'un contrat type

**La loi du 2 août 2005 a prévu que le contrat devait être conclu dans le respect des règles régissant la profession.**

Le nouvel article 87 du code de déontologie médicale (R.4127-87 du code de la santé publique), adopté lors de la Session plénière dispose d'ailleurs :

*« Les conditions de cette collaboration font l'objet d'un contrat écrit conforme au contrat type établi par le Conseil national de l'Ordre des médecins qui définit les obligations respectives des parties et les moyens permettant à chacun des médecins de respecter les obligations du présent code ».*

Comme indiqué plus haut, la loi a prévu que le contrat devait comporter un certain nombre de mentions à peine de nullité. Le contrat type élaboré par le Conseil national reprend ces différentes mentions obligatoires (durée du contrat, modalités de rupture, conditions d'exercice de l'activité...) évitant ainsi les risques de nullité préjudiciables aux deux parties.

Ce contrat évoque à plusieurs reprises la possibilité de se constituer une clientèle personnelle, la possibilité d'exercer à temps plein ou à temps partiel, l'existence d'une redevance, les modalités de la résiliation et la possibilité d'une réinstallation.

## Observations finales

- ▶ La loi permet à un médecin d'être le collaborateur libéral d'une société d'exercice (SCP ou SEL).
- ▶ La collaboration libérale est une option nouvelle dans l'exercice médical qui a rencontré un certain succès.

Au 1<sup>er</sup> mars 2013 on compte 2 441 collaborateurs libéraux avec un âge médian de 36 ans et une proportion de femmes qui atteint les 2/3.

La collaboration libérale a donc répondu aux attentes de certains médecins. Elle ne constitue pas pour autant la panacée et prend place dans une panoplie d'options contractuelles : remplacement, association, société d'exercice et collaboration salariée.



## Le stage en médecine libérale

**Luc Diez**

Interne DES HGE Strasbourg

### Introduction

Il existe actuellement en France 2 168 hépato-gastroentérologues (HGE) libéraux (activité libérale exclusive pour environ 1 250 d'entre eux). Ceux-ci représentent les 2/3 des HGE en exercice sur notre territoire.

Ainsi 67 % des futurs HGE exerceront une médecine libérale, différente de la médecine hospitalière sur bien des aspects (mode d'exercice, pathologies), sans y avoir été réellement confrontés durant leurs années d'études.

Les internes de médecine générale ont l'obligation de réaliser un semestre dans un cabinet libéral au cours de leurs trois années de formation. La plupart d'entre eux exerçant la médecine sous cette forme, ce stage semble une évidence.

Si l'interne de spécialité reste la cheville ouvrière de l'hôpital public, il ne semble pas déraisonnable d'imaginer que pendant les quatre années d'études, il puisse passer six mois dans un environnement qui sera vraisemblablement le sien. Il en va aussi de la question de l'objectivité de son choix d'exercice.

La loi Hôpital Patients Santé Territoire du 21 juillet 2009, dite loi HPST, en tenant compte des différents acteurs de formation a ainsi permis que des terrains de stage soient ouverts en libéral. Nous allons tenter de voir sous quelle forme et quelles conditions.

### Formation pratique d'un interne DES HGE

Elle comprend la réalisation :

- ▶ De quatre semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de gastroentérologie et hépatologie, dont trois au moins doivent être accomplis dans des services hospitalo-universitaires ou conventionnés ;
- ▶ D'un semestre dans un service agréé pour le diplôme d'études spécialisées de gastroentérologie et hépatologie, ou dans un laboratoire d'explorations fonctionnelles agréé pour le diplôme d'études spécialisées de gastroentérologie et hépatologie ;
- ▶ De trois semestres dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées que le diplôme d'études spécialisées de gastroentérologie et hépatologie ou pour des diplômes d'études spécialisées complémentaires.

### La région alsacienne dispose de plusieurs terrains de stage

- ▶ le CHU représenté par les services des Pr Duclos (Hôpital de Hautepierre) et Pr Doffoel (Nouvel hôpital civil) ;
- ▶ les stages dits « périphériques » avec le site de Colmar (Dr Denis) et Mulhouse (Dr Sondag).

Il n'existe pas à proprement parler de stage dédié à l'endoscopie comme c'est le cas dans d'autres CHU à travers la France.

Depuis septembre 2012, notre région bénéficie d'un nouveau lieu de stage, la clinique Sainte-Barbe de Strasbourg, accessible aux internes DES d'HGE rattachés au CHU de Strasbourg.

Cet établissement fait partie du groupe hospitalier Saint-Vincent qui participe au service public et adhère à la FEHAP (Fédération des Etablissements hospitaliers et d'assistance Privés à but non lucratif).



## Organisation de la clinique

Il existe 39 lits de médecine (gériatrie et médecine interne, sommeil), 74 lits de chirurgie (ORL, Ophtalmologie et digestif), 6 lits de soins continus, 8 lits ambulatoires.

Par ailleurs, le site est doté d'un service de radiologie (échographie et radiologie conventionnelle, scanner et IRM), d'une salle d'endoscopie et de 6 salles de bloc opératoire.

## Organisation du service

Le service de gastro-entérologie et chirurgie digestive et générale se compose de 23 lits. Deux chirurgiens et 5 HGE se partagent l'activité du service.

## Activités pour l'interne du service

Nommé pour une durée de six mois, il est tenu au respect des mêmes règles que celles d'un stage conventionnel.

Un livret d'accueil lui est remis à son arrivée. Il comprend toutes les modalités du stage.

## Organisation du stage

### Activité de service

Environ une douzaine de lits sont attribués aux médecins HGE. La visite des patients est quotidienne. Les pathologies représentées au sein du service sont diverses : cancérologie, hépatologie, infectieux, inflammatoire, immunologiques, activité ambulatoire endoscopique...

Le service d'ambulatoire permet la réalisation de ponction d'ascite, saignées et perfusion d'anti TNF alpha...

Participation aux RCP cancérologie digestive une fois par mois.

### Endoscopie

Ce stage est dédié à l'endoscopie.

Une salle d'endoscopie conventionnelle et un bloc opératoire pour l'interventionnel sont accessibles quotidiennement.

Progression en gastroscopies diagnostiques et thérapeutiques, coloscopies avec mucosectomie. Initiation à la dissection sous-muqueuse avec les Dr Gronier et Coumaros. Pose de prothèses œsophagiennes, dilatation hydrostatiques, CPRE et écho-endoscopie...

### Imagerie

Réalisation d'échographies abdomino-pelviennes sous l'égide des radiologues, une matinée par semaine.

Discussion de dossiers difficiles et relecture des scanners avec les radiologues.

### Cabinet libéral

Une à deux demi-journées hebdomadaires, consultation avec les médecins du cabinet. Formation à la proctologie et aux explorations fonctionnelles (manométrie œsophagienne et anorectale, vidéocapsule...)

### Bibliographie et thèse

Temps libre (une demi-journée par semaine) permettant de réaliser des recherches bibliographiques pour la rédaction d'une publication ou d'une thèse...

Réévaluation après un mois auprès des maîtres de stage pour juger du bon déroulement de celui-ci.



## Conditions nécessaires à l'ouverture d'un poste d'interne

L'ouverture de ce stage a été possible grâce à la bonne entente et la confiance des différents acteurs des secteurs publics et privés.

Le dossier de demande d'agrément de lieu de stage déposé par le Dr O. Gronier a été étudié et discuté en commission entre le représentant de la filière (Pr B. Duclos), le Doyen de la faculté (Pr J. Sibilia) et les représentants des internes de la spécialité. C'est parce que l'ensemble de ces acteurs a mis au cœur de la décision l'exigence de la formation des internes que la demande a pu aboutir.

L'idée d'un enrichissement et d'une émulation forcément bénéfique à tous l'a largement emporté sur la protection des intérêts à court terme.

Cette demande n'a été validée qu'après visite sur site et présentation du projet devant une commission regroupant un PUPH (Pr G. Gay), un PH (Dr M. Delvaux) et un représentant des internes.

Ainsi, un agrément pour une période de 1 an renouvelable a été donné.

## Conclusion

La confrontation à l'exercice libéral me semble primordiale dans la réalisation de la maquette d'un interne DES. Notre formation passe bien sûr par un apprentissage hospitalier qui nous expose aux pathologies les plus graves mais aussi aux plus fréquentes et nous permettra d'exercer notre métier dans les meilleures conditions de savoir et savoir-faire.

Si les patients et la médecine restent les mêmes, les modalités d'organisation au travers d'un cabinet et d'une clinique ne doivent pas rester une énigme...

Je tiens d'ailleurs à saluer le travail de l'AFIGHE (Association Française des Internes HGE) qui réalise chaque année des symposiums notamment aux JFHOD ainsi que des journées de jeunes Gastro-entérologues permettant à tous les futurs professionnels de s'informer sur les modalités de l'exercice libéral ou hospitalier. Grâce à la volonté d'un petit nombre de personnes extrêmement motivées, l'information est donnée au plus grand nombre...

Il n'est bien sûr pas question de parler de stage obligatoire dans la maquette DES, toutefois la qualité du stage qui nous est proposé en Alsace me laisse croire qu'un grand nombre d'internes y participera dans le futur. Ceci entraîne une « compétition » saine, amenant les responsables de stages à valoriser les leurs et à proposer une formation toujours de meilleure qualité...

Je tiens à remercier mes maîtres « Barbiers », à savoir les Docteurs Gronier, Lacroute, Coumaros, Charrault, Schutz, Stoll ainsi que tous les autres pour la qualité de l'enseignement pratique et théorique proposé.

Je tiens également à remercier les PUPH de notre spécialité et le Doyen de la faculté de Strasbourg qui ont rendu cela possible en prenant le courage mesuré de faire jurisprudence.

Je souhaite à tous les internes d'avoir la possibilité d'accéder à un stage qui présentera des qualités similaires à celles proposées en Alsace, en complément d'une formation hospitalo-universitaire nécessaire et obligatoire.

## La femme en libéral, la vraie liberté

**Vianna Costil, Anne-Laure Tarrerias**

Clinique du Trocadéro, Paris

Depuis que Mary Putnam a soutenu sa thèse en 1875 dans un environnement masculin assez hostile, la part des femmes dans la démographie médicale a bien évolué : elle est passée de 24,5 % en 1984 à 40,3 % en 2010.

Les femmes privilégient une activité qui leur permet de concilier travail et vie familiale. L'activité salariée permet d'avoir une activité multidisciplinaire et de groupe avec des horaires adaptés et un salaire fixe. S'il est certain que le salariat est séduisant de par ses revenus fixes, celui-ci ne répond pas aux exigences de vacances scolaires, ni de temps partiel. Les mi-temps sont peu proposés, et au final, les horaires ne sont pas si souples.



L'activité libérale permet au contraire une grande souplesse et une liberté dans les horaires et les vacances scolaires mais aussi de moduler ses revenus en fonction de ses besoins. Les revenus en médecine libérale sont proportionnels aux horaires et sont souvent supérieurs aux salaires hospitaliers, mais le salaire va diminuer si l'activité baisse, et parfois les horaires de consultation peuvent être assez tardifs (1 à 2 fois par semaine en moyenne). Les femmes médecins non salariées gagnent en moyenne 40 % de moins que leurs confrères hommes, ce qui s'explique par l'opportunité qu'elles ont d'adapter leurs horaires à leur vie de famille.

Il existe des activités de groupes avec plusieurs types d'associations avec ou sans partage des honoraires (SCM, SEP).

Lorsque l'on interroge les jeunes femmes internes en gastroentérologie, on comprend à quel point le temps dédié aux enfants leur est important même si c'est au prix d'une moindre rémunération. La donnée nouvelle à intégrer est la nécessité de certaines de pouvoir être mobiles et suivre leur conjoint si nécessaire. Cette mobilité n'est pour l'instant pas prise en compte par nos tutelles que l'activité soit hospitalière ou libérale. La régionalisation de notre activité est pénalisante car elle oblige à des démarches administratives trop lourdes en cas de déménagement. Cette contrainte sera à revoir face à l'importance de la féminisation en médecine.

Les internes interrogées pensent aussi que l'activité libérale est moins intéressante intellectuellement que l'activité hospitalière, mais l'exercice en groupe dans les cliniques et les cabinets, l'investissement dans les sociétés savantes et une activité vacataire hospitalière permettent d'avoir une activité de qualité.

Sur ce même questionnaire adressé par le CREGG aux internes en gastroentérologie, nous sommes frappées de voir que la majorité d'entre elles, opteraient pour le secteur 1 ou le secteur d'accès aux soins, situation un peu contradictoire avec un besoin de moindre activité mais reflétant une certaine philanthropie.

## L'avenir de l'endoscopie

**Jean Marc Canard**

Paris

### Introduction

Le dernier bilan de l'endoscopie en France effectué en 2008 montrait une activité stable avec plus de 2 400 000 examens/an. Cette activité est en légère augmentation depuis 2001 jusqu'en 2006 et s'est stabilisée à l'heure actuelle malgré les développements des campagnes de prévention des cancers digestifs.

L'endoscopie est réalisée à 60 % par des gastro-entérologues en libéral.

Elle permet 1 300 000 prélèvements. Une endoscopie sur deux est l'objet d'une biopsie indispensable au diagnostic des maladies du tube digestif.

Le nombre de polypes enlevés a doublé en 8 ans : 492 000 en 2000 et 951 000 en 2008.

L'endoscopie thérapeutique est en augmentation régulière avec plus de 500 000 gestes réalisés par an dont 46 500 mucosectomies ; en comparaison, en 2006, le nombre de gestes thérapeutiques était de 430 000. Le nombre de cancers totaux diagnostiqués en 2008 est stable, et on a toujours 70 000 cancers responsables des 40 000 morts.

### Sur quoi va reposer l'évolution et l'avenir de l'endoscopie ?

Sur les innovations thérapeutiques avec la destruction de l'endo-brachy-œsophage par sonde chauffante, les traitements directs par cholangioscopie des voies biliaires et pancréatiques, les différentes possibilités de traitement de l'obésité, les anastomoses bilio-pancréatiques à partir de l'estomac ou du duodénum sous écho-endoscopie.

Elle repose également sur le développement du matériel fourni par les firmes avec l'évolution des clips, des systèmes de suture, du courant électrique, etc.





Le Notes, a priori n'aura pas beaucoup de débouché du point de vue endoscopique, le seul résultat favorable réside dans la stimulation des firmes pour trouver de nouveaux matériels.

L'avenir de l'endoscopie dépend également du développement des systèmes de diagnostic avec augmentation des pixels, du champ de vision des endoscopes. Optimisation des zooms optiques et électroniques du traitement des couleurs, peut-être l'endoscopie en relief et peut-être le développement important des biopsies optiques. Il s'agit essentiellement de créneaux et pas de révolution. Toutes ces évolutions sont soumises au centre de recherche des différentes firmes de matériels d'endoscopie avec qui nous travaillons depuis de nombreuses années et qui ont fourni régulièrement ces innovations.

## Où va se faire l'endoscopie ?

Comme elle se fait actuellement, à savoir dans des centres d'endoscopies autonomes à l'intérieur ou à l'extérieur d'hôpitaux publics ou privés afin de regrouper l'activité et les endoscopistes. Cela a été fait dans des grandes villes avec de gros centres comme à Reims, Amiens, Lyon, Lille, Paris, Marseille, etc. Cela permet d'être fort, d'avoir tout le matériel nécessaire et d'être écouté.

## Qui fait quoi ?

Il a été démontré dans différents travaux que l'endoscopie était moins bien réalisée par des spécialistes non gastro-entérologues, tels que les chirurgiens, les médecins généralistes ou des professions non médicales telles que nos collaboratrices en endoscopie.

Si on veut protéger l'endoscopie, il conviendrait de demander à l'Ordre des médecins, un titre médecin « endoscopiste digestif », ce titre serait remis avec des attestations d'avoir pratiqué suffisamment d'endoscopies de base en matière d'endoscopies, polypectomies, gastroscopies, traitements des hémorragies digestives, dilatations, éventuellement renouvelées avec délivrance de certificats montrant une activité minimum.

Au même titre, le diplôme d'aide endoscopiste permettrait de protéger nos collaboratrices et collaborateurs, et éviterait à l'avenir d'avoir des personnels en salle d'endoscopie n'ayant aucune compétence en endoscopie digestive.

## Comment peut se faire l'évolution de l'endoscopie ?

Elle ne peut se faire qu'avec une Société Française d'Endoscopie Digestive forte, rédigeant les tables de la loi, à savoir les recommandations pour la pratique de l'endoscopie digestive avec une commission de recherche et développement testant toutes les nouvelles techniques diagnostiques et thérapeutiques et tout le matériel avant la diffusion à l'ensemble de la population et en pratiquant une évaluation de la spécialité tout en assurant également la formation des jeunes et futurs endoscopistes ainsi qu'en assurant la formation continue des endoscopistes actuels.

Le seul but que nous pouvons avoir dans l'avenir réside dans la diminution des cancers avec comme objectif de diviser par deux le nombre de cancers ainsi que la mortalité en dix ans. Il faut passer de 70 000 cancers digestifs à 35 000 et de 40 000 décès à 20 000. Ce n'est pas impossible comme le montre la courbe d'évolution des décès sur la route avec 16 610 morts en 1972 et moins de 4 000 en 2010.

## Conclusion

Il est toujours difficile de prédire l'avenir et on peut se tromper ; c'est la raison pour laquelle il faut être raisonnable mais aussi très optimiste car notre spécialité et en particulier l'endoscopie prend une place incontournable dans le traitement des patients. Il suffit de se référer à l'activité des médecins anesthésistes qui est consacrée pour 25 % à l'endoscopie.

L'activité se développera grâce à l'évolution des performances diagnostiques et thérapeutiques qui resteront de toute façon au minimum ce qu'elles sont grâce à l'hyper spécialisation des endoscopistes, le développement des centres autonomes d'endoscopies avec concentration



des activités et des médecins et grâce aux innovations thérapeutiques apportées par les firmes. La prévention des cancers par une coloscopie à partir de 45 ans tous les 10 ans jusqu'à 85 ans ou par vidéo-capsule de tout le tube digestif devrait contribuer à un autre objectif, c'est-à-dire diviser par deux le nombre de cancers ainsi que la mortalité en dix ans.

## Proposition d'introduction à l'intervention sur la e-santé

**Valérie Sauterey**

Platinnes / Centre e-Santé

Notre système de santé doit répondre à de nouveaux enjeux : une demande de soins croissante, avec une population vieillissante associée à une augmentation de la prévalence des pathologies chroniques, face à une offre de soins contrainte - démographie médicale, déficit budgétaire de la Sécurité Sociale qui impose un souci d'efficacité dans la prise en charge des patients. Par ailleurs, les progrès technologiques des dernières années laissent entrevoir de multiples applications des TIC dans le domaine de la santé. Ceci constitue le champ de la e-santé. Si les technologies sont matures d'un point de vue purement technique, un énorme travail reste à faire sur le versant organisationnel pour les intégrer dans les pratiques et en exploiter tout le potentiel. Néanmoins, leur utilisation est inéluctable et encouragée par les pouvoirs publics, via notamment l'évolution de la législation et des appels à projets.

Sous-ensemble de la e-santé, la télémedecine, telle que définie dans le décret d'application de la loi HPST en 2009, consiste en « *une forme de **pratique médicale à distance** utilisant les **technologies de l'information et de la communication** » qui « *met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé* parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient » (art. L. 6315-1). Seulement **5 actes de télémedecine** sont reconnus à ce jour (la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la réponse médicale donnée dans le cadre de la régulation médicale d'urgence). Pour exemple, la télémedecine concerne 256 projets recensés en France en 2011 (source : DGOS), dont 44 % déjà opérationnels, et les industriels sont prêts à s'engager sur ce marché prometteur. L'enjeu est aujourd'hui de passer du stade de l'expérimentation à celui du déploiement.*

Dans ce cadre, de nombreux points clés restent à traiter : l'absence de modèle économique, l'impact sur la réorganisation de l'offre de soins, la quantification de la valeur ajoutée de ces solutions, leur financement et les conditions d'un déploiement à grande échelle.

Ainsi, pour être réellement efficaces, les solutions de e-santé doivent être conçues pour apporter une aide aux patients et aux professionnels de santé. Ce sont des outils au service d'une amélioration de la prise en charge des patients, qui ne doivent en aucun cas se substituer aux professionnels de santé, ni induire une charge de travail supplémentaire, ou entraver la relation soignant-patient par l'ajout d'une interface technologique potentiellement déshumanisante. Ces craintes ont pu rendre réticents certains professionnels de santé à l'adoption de la e-santé, et ne pourront être levées que par le développement de solutions répondant aux besoins spécifiques des utilisateurs dans le cadre d'une démarche de collaboration intense entre les industriels et les personnels de santé dès la conception.

Le rôle des ARS sera ainsi prédominant, devant mettre place un dispositif d'accompagnement en co-construction de ces solutions, ce qui aidera à garantir l'intérêt et la qualité des solutions mises en œuvre et les nouvelles formes de coopération qui en découlent, et ainsi, la pérennité des actions entreprises.

Cette pérennité ne pourra être également assurée que si une évaluation pertinente des solutions d'e-santé est réalisée. Les modalités de cette évaluation sont à ce jour dictées par les exigences (essentiellement médico-économiques) des payeurs, notamment les recommandations émises par la DGOS dans sa circulaire du 1er décembre 2011 et le rapport de la HAS de juillet 2013. Néanmoins, l'expérience montre que la réussite d'un dispositif de télémedecine est multifactorielle. Pour en assurer la pérennité, il est donc essentiel d'envisager leur évaluation de manière multidimensionnelle pour les personnes soignantes et soignées. C'est pourquoi il est primordial d'intégrer également les recommandations d'autres méthodologies telles que MAST qui est à l'heure actuelle l'unique méthodologie spécifique à l'évaluation des activités de télémedecine



reconnue au niveau européen. La méthodologie MAST a été élaborée dans le but d'évaluer l'efficacité et la contribution de la télémédecine à l'amélioration de la qualité des soins, tout en prenant en compte la transférabilité des résultats, afin de fournir les données nécessaires à la prise de décision. Les axes principaux d'évaluation sont l'impact médical, l'évaluation médico-économique, l'impact sociétal et l'acceptabilité des patients et des professionnels, les aspects réglementaires et éthiques, les aspects technologiques.

La mise en œuvre concrète d'une telle évaluation est néanmoins complexe et nécessite une implication des secteurs public et privé, une collaboration multidisciplinaire faisant appel à un large réseau d'expertise.

La clé du déploiement des outils de e-santé passe par la collaboration active des acteurs concernés, soignants et fournisseurs de technologies, dans des projets expérimentaux concrets attentifs à la définition des besoins auxquels la solution doit répondre et à l'évaluation de son impact dans la prise en charge des patients.

## **Evaluation de l'amélioration de la qualité des soins à l'aide d'un logiciel médical en gastroentérologie à l'heure du DPC et de la ROSP**

**Guillaume Bonnaud**

Cornebarrieu

L'utilisation des logiciels informatiques se diffuse dans la pratique quotidienne de notre spécialité comme dans toutes les autres professions, avec une augmentation de la palette d'outils.

La simplification de nos tâches quotidiennes de consultation, de rédaction de comptes rendus d'examen, administratives (gestion des plannings, de la patientèle, comptabilité, télépaiement...) de relations avec les laboratoires (interfaçage avec les systèmes d'information locaux (HPRIM...) et correspondants (transmission par APICRYPT des données anatomo-pathologiques, de courriers et de comptes rendus envoyés à nos correspondants), le scanning de documents, la traçabilité, la dictée numérique, la sécurisation ont été les objectifs premiers développés par les éditeurs de logiciels médicaux.

Dans nos sociétés libérales, ce développement déréglé a entraîné une absence de standard technique et rend difficile l'utilisation d'outils communs correspondant peut être mieux aux attentes spécifiques de notre spécialité. Il semble qu'une uniformisation des langages est souhaitable, tout en respectant le développement de logiciels dédiés à l'hépatogastroentérologie se démarquant des logiciels généralistes adaptés aux spécialistes et des logiciels gestionnaires de clinique possédant un module gastroentérologique car la diversité permet aussi le développement d'outils divers répondant aux attentes différentes des utilisateurs...

### **Le Développement Professionnel Continu (DPC)**

Il justifie à lui seul le développement d'outils dédiés à notre spécialité pour fournir les indicateurs d'analyse des pratiques professionnelles (APP).

► Différents outils ont été développés depuis bientôt 10 ans sur le sujet de l'évaluation de la qualité des coloscopies de dépistage par le suivi d'indicateurs comme la qualité de la préparation (associé au suivi post polypectomie pour MEHGE et au taux de détection d'adénomes pour EasyPP avec en ajout récent, un module de consultation pré-coloscopique formalisée). Un module web se focalisant sur la qualité de la préparation colique à partir du score de BOSTON a été développé en 2013 par le centre d'évaluation de formation et d'accréditation en hépatogastroentérologie (CEFA HGE).

► EasyMICI est un logiciel dédié au suivi des consultations MICI qui a cherché d'emblée à avoir un volet intégré d'évaluation (suivi en temps réel d'indicateurs de pratiques épidémiologiques : répartition de la file active des patients et des différents traitements avec mono, bi et trithérapie immunosuppressives, dose moyenne d'immunosuppresseurs, imprégnation en corticoïdes) et de formation et de sécurisation du parcours de soin notamment dans la V2 (les fiches MICI Mémo, les scores endoscopiques CDEIS, Mayo score etc., l'utilisation de reminders de bon usage des immunosuppresseurs et biothérapies et des check-lists pré-thérapeutiques avec un focus algorithmique sur le risque tuberculeux à partir des recommandations de l'ASM).



- EasyHépatO doit permettre en 2013 d'analyser le suivi des cirrhoses.
- EasyProcto devrait s'intégrer en 2014 à un outil de e-santé, avec un module de suivi du patient opéré en ambulatoire.

### La rémunération sur objectif de santé publique (ROSP)

Les indicateurs concernent deux catégories : organisation du cabinet et pratiques professionnelles. Il existe des similitudes pour l'obtention de résultats d'analyses de pratiques professionnelles dans le cadre du DPC et de la RSOP.

Sur le volet organisation du cabinet, la condition du déclenchement de la rémunération nécessite la capacité pour le logiciel et le médecin de réaliser la télétransmission de plus de 2/3 de l'ensemble de ses feuilles de soins, et d'utiliser un dispositif de télétransmission en version 1.40 addendum 2 bis au minimum. La tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques permettant le suivi individuel et de la patientèle est le code originel de tous les logiciels mais l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifiée HAS est plus difficile à obtenir car peu d'éditeurs de logiciels ont obtenu ce tampon au vu de la complexité du dossier de validation demandé par l'HAS.

Les indicateurs de pratiques professionnels individuels nous seront remis par l'assurance maladie mais la confiance n'exclut pas le contrôle ! Aucun éditeur de logiciel n'a développé à ce jour un outil dédié aux indicateurs de l'hépatogastroentérologie mais Cégedim propose maintenant un module concernant les indicateurs de médecine générale et en cardiologie. Il paraît clair qu'au minimum les éditeurs doivent nous permettre de contrôler le calcul de notre patientèle qui sera proposé par la CNAM, pierre angulaire du calcul de la rémunération. L'obtention du calcul de ces différents indicateurs obéit à de nombreuses contraintes. Il semble notamment difficile de devoir demander au médecin une saisie supplémentaire de données. Surtout au-delà de la prescription, c'est la réalisation de l'acte par le patient qui est un facteur aléatoire. L'implication du patient est libre de l'utilisation des moyens proposés et donc coresponsable de l'obtention du résultat de notre ROSP...

De plus, le retour par le laboratoire de la donnée dans le logiciel n'est par ailleurs pas toujours possible techniquement pour certains d'entre eux. La route semble longue pour que l'hépatogastroentérologue dispose du calcul juste de ses indicateurs sans effort dans son logiciel. Il me semble pour l'instant préférable de privilégier le développement d'outils informatiques nous aidant dans notre obligation de moyens pour respecter une prise en charge de nos patients conforme à la bonne pratique par exemple par l'utilisation de « flag » dans les logiciels en cas d'oubli de prescription...

C'est enfin l'évolution vers des outils de e-santé ayant démontré leur capacité à améliorer l'offre de soin et l'organisation en répondant à un vrai besoin d'une place différente des patients dans le système de santé qui devrait aussi améliorer nos indicateurs... Il va falloir continuer à repenser et évaluer les outils informatiques dédiés aux métiers et pathologies dans le parcours de soins avec télésuivi patient (e-santé/ m-santé) avec des outils multi-tâches donnant aussi accès à ses indicateurs personnels pour le volant APP du DPC et de la ROSP.

Continuons à favoriser le développement de nombreux outils informatiques médicaux, afin que chacun choisisse celui qui lui convient le mieux dans l'exercice de son art au service des patients.

## L'Institut de l'information scientifique et technique (Inist-CNRS), une unité du CNRS au service de la recherche

**Sylvie Leblanc**

[www.inist.fr](http://www.inist.fr)

Créé en 1988, l'Inist-CNRS est la fonction soutien du CNRS qui collecte, traite, valorise et diffuse les savoirs scientifiques et techniques pour ses chercheurs et à destination des communautés scientifiques publiques ou privées.

Comptant environ 250 agents, l'Inist-CNRS peut s'appuyer sur diverses compétences (scientifiques,



techniques, documentaires, informatiques), en particulier un réseau d'ingénieurs documentalistes dans toutes les disciplines scientifiques, pour réaliser ses prestations.

## Cadre national

Les activités de l'institut s'inscrivent dans le cadre des actions nationales de la **Bibliothèque Scientifique Numérique** (BSN), projet porté par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Il définit un nouveau cadre dans lequel s'organisera l'IST au niveau national et a pour objectif de répondre aux besoins des acteurs de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (ESR) en portant l'offre qui leur est fournie en Information Scientifique et Technique (IST) à un niveau d'excellence mondiale et en améliorant la visibilité de la recherche française.

## Services pour la recherche

Afin de répondre aux différents besoins des communautés scientifiques, l'Inist-CNRS propose des services pour la recherche :

- **Les bases de données internationales, FRANCIS** pour les Sciences Humaines et Sociales et **PASCAL** pour les sciences et techniques, diffusent et valorisent la littérature scientifique internationale. PASCAL a redéfini récemment son périmètre autour de 7 thématiques émergentes à forte composante interdisciplinaire : Energies-Environnement-Matériaux-Nanosciences et nanotechnologies-Sécurité-Cognition-Information, Communication, Numérique.
- Les ressources terminologiques étant aujourd'hui le pilier d'un grand nombre d'activités dans la sphère des technologies de l'information et de la communication, les ingénieurs de l'Inist-CNRS mettent à disposition leur savoir-faire en **Gestion des Contenus Terminologiques**.
- Afin de valoriser les **Données de la Recherche**, ils apportent leurs compétences en matière de description normalisée des expériences, de conception d'outils collaboratifs et de veille sur les standards et projets internationaux.
- Les **études bibliométriques** permettent de caractériser l'activité scientifique d'une structure de recherche au travers de sa production scientifique, son réseau de collaboration, son positionnement dans une thématique particulière.

## Ouverture vers l'extérieur

L'Inist-CNRS affiche une stratégie d'ouverture vers l'extérieur en développant des collaborations, des partenariats avec différentes structures publiques et privées, au niveau national et international.

## Projets

L'Institut est actif au sein de projets nationaux et internationaux tels que :

### ISTEX

Le projet ISTEX est un vaste programme d'acquisition de ressources scientifiques visant à créer une bibliothèque numérique aux meilleurs standards internationaux, accessible à distance par tous les membres des établissements de l'enseignement supérieur et de la recherche : [www.istex.fr](http://www.istex.fr)

### MedOANet

Répertorier et fédérer les initiatives existantes en matière de libre accès aux résultats de la recherche, identifier et impliquer les leaders d'opinions dans la construction d'une stratégie commune au niveau des six pays méditerranéens impliqués (Grèce, Turquie, Italie, Espagne, Portugal et France), tels sont les objectifs de MedOANet, projet européen, financé par le 7<sup>e</sup> Programme Cadre, dans lequel intervient l'Inist-CNRS : <http://www.medoanet.eu/>

### DataCite

L'Inist-CNRS représente la France dans ce consortium international, destiné à faciliter l'accès aux données de la recherche et leur intégration dans les services de l'IST. DataCite opère en particulier comme une « agence de DOI (Digital Object Identifier) », permettant à l'Inist d'attribuer ces identifiants aux ressources françaises : <http://www.datacite.org/>



## Recherche appliquée

Des activités de recherche appliquée sont menées dans les domaines

- ▶ des mathématiques appliquées à l'analyse de l'information scientifique et technique (IST) ;
- ▶ du traitement informatique du langage naturel en corpus ;
- ▶ de l'application des techniques symboliques et numériques de l'intelligence artificielle pour la conception et le développement de technologies spécialisées dans l'analyse de l'IST.

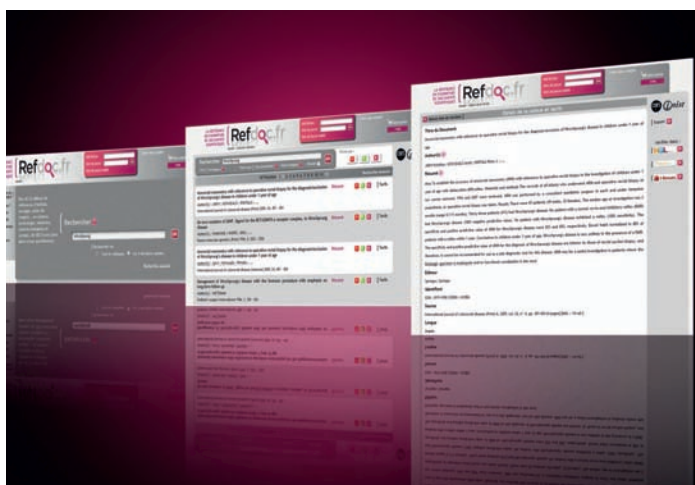
## Autres services

Afin de satisfaire et d'accompagner le travail des acteurs de la recherche, l'Inist-CNRS offre toute une gamme de services.

### Commande de documents

**Refdoc donne accès à plus de 53 millions de références d'articles, d'ouvrages, de rapports, et d'actes de congrès en science, technologie, médecine, sciences humaines et sociales, de 1823 à nos jours (mise à jour quotidienne).**

Nouveau service Open Refdoc : possibilité de vérifier la disponibilité d'un document en libre accès dans un réservoir d'archives ouvertes : [www.refdoc.fr](http://www.refdoc.fr)



## Veille

### Veille sur Internet

Sur une thématique définie avec le demandeur, repérage sur le web visible et invisible de l'information pertinente et structuration selon ses besoins :

- ▶ Organisation par sous-thématiques des documents ;
- ▶ Recensement et description rapide des sites et acteurs incontournables classés selon leur nature (associations, organismes de recherche, organismes gouvernementaux) ;
- ▶ Identification des acteurs et de leur positionnement.

### Recherches bibliographiques et profils

Les recherches bibliographiques, élaborées à partir de bases de données bibliographiques ou factuelles multidisciplinaires et multilingues, fournissent des informations sur un domaine de recherche, une activité ou une technique.

Les profils informent sur l'évolution d'un domaine, en signalant périodiquement les articles récents.

### Dossier de synthèse (Etat de l'art)

Fournissant une information complète sur un sujet, il peut être composé d'une bibliographie, d'une webographie organisée, d'un glossaire, d'un index, d'une liste des sigles et acronymes et également accompagné d'autres prestations telles que l'identification d'experts, la production d'indicateurs, ou la cartographie des réseaux.



## Sites d'actualité

En se focalisant sur une thématique scientifique porteuse, chaque site propose des comptes rendus d'articles issus de la littérature scientifique, ainsi que des dossiers de synthèse. Par ailleurs il donne également accès à de nombreuses autres sources d'informations (définitions, événements, législation, glossaire...)

## Formations

Propositions de formations en IST et aux produits et services de l'INIST.

Le catalogue des formations est consultable sur le site <http://formations.inist.fr>.

Elles peuvent être assurées à l'INIST ou sur site et adaptées en fonction des besoins des demandeurs. Des formations à distance via la plateforme WebEX sont assurées par sessions d'1h.

Des projets en cours :

- Développement de la formation à distance (e-learning, y compris l'autoformation) ;
- Production de tutoriels très courts pour mobiles et tablettes.

## Traductions

Apport d'un appui linguistique aux laboratoires et départements de recherche des EPST et des universités. Celui-ci se matérialise par des traductions de documents (articles, rapports, chapitres d'ouvrages, soumissions de projets, documents administratifs et juridiques, etc.), des relectures de projets d'articles ou de contributions avant soumission. Il est également possible de traduire des supports de présentation en les adaptant à l'auditoire et à l'orateur.

## Edition numérique et numérisation

La **plateforme de publication numérique I-Revues** permet de mettre en ligne des revues et actes de congrès mais aussi des livres numériques, des lettres de laboratoires... accompagnés de ressources satellites telles images et vidéos : <http://irevues.inist.fr>



Afin de répondre aux besoins des communautés scientifiques, l'Inist-CNRS a le souci d'adapter ses activités et de faire évoluer son offre de services.



# La gestion des risques : de la médecine à l'endoscopie digestive

**Patrick Lévy**

Strasbourg

## Historique

La première check-list en aéronautique remonte à 1930 alors qu'il a fallu attendre 1999 aux USA pour assister à une prise de conscience du risque médical symbolisée par le rapport : «To err is human». Pour la première fois, la notion de faute et de blâme est rejetée au profit d'une attitude basée sur les procédures et la prévention.

En Europe, le Danemark a créé en 2001 la société danoise pour la sécurité des patients. Au Royaume-Uni, la publication du rapport « safety first » est apparue en 2006, en même temps qu'en Australie avec la création de la commission sécurité et qualité.

En France, on relève surtout des dates d'accidents sanitaires avec en 1991, l'accident sanitaire grave du sang contaminé, en 1997, l'accident de la clinique du sport et en 2007, l'accident de radiothérapie

Il existe ainsi un réel retard dans la gestion des risques en France qui a de multiples causes. Il existe de multiples instances sans coordination et possibilité réelle de fonctionner avec mélange de la notion de risque et de l'argent. Le concept de faute et de sanction reste très présent. La maladresse fautive est un artifice juridique nécessaire pour permettre l'indemnisation du patient. Il existe parfois un mélange entre la sécurité sanitaire qui consiste à protéger contre les risques induits par la société (alimentation, environnement...) et la sécurité du patient.

Or, l'essentiel du risque en médecine est systémique, lié à la complexité du système de santé, issu de situations imprévues et non prises en compte dans la formation des professionnels.

## La gestion des risques en médecine

S'il existe un lien étroit entre qualité des soins et sécurité des patients qui sont indissociables, la limite est floue. Il existe une différence majeure en médecine par rapport au milieu industriel. L'absence de production de soins est par ailleurs néfaste et comporte un risque en soi : intérêt de la balance risque - bénéfice.

Contrairement au milieu industriel, l'intelligence collective de l'équipe médicale dans le cadre d'une fiabilité organisationnelle est un des éléments essentiels.

En effet, en médecine comme en aéronautique, la majorité des erreurs sont dues à des facteurs humains et pas techniques. 80 % des erreurs sont d'origine humaine en aéronautique. Deux à 3 erreurs humaines sont ainsi rattrapées dans un vol.

En médecine, il convient de considérer non pas seulement l'acte mais l'ensemble du trajet et l'organisation du soin médical privilégiant ainsi la notion d'équipe.

Un élément essentiel est la durée courte de la connaissance médicale. La demi-vie de celle-ci est évaluée 5 ans alors que le cycle qualité nécessite 10 ans en aéronautique (détection, trouver les solutions et les diffuser). De plus, le nombre moyen d'innovations en endoscopie et en chirurgie est infiniment supérieur à celui des innovations techniques en aéronautique à l'heure actuelle.

## Quels sont les enjeux ?

- ▶ prendre en compte le réel et accepter le risque résiduel lié au patient, à la pathologie et aux complications évitables ;
- ▶ Gérer la récupération plus que la prévention : intérêt des revues de morbi-mortalité ;
- ▶ Gérer le parcours plutôt que l'acte ;
- ▶ Gérer deux éléments contradictoires de manière pragmatique : la qualité et l'innovation



## Gestion des risques en endoscopie

De nombreuses barrières ont été mises en place par les hépato-gastro-entérologues pour diminuer la notion de risque et ont été pour beaucoup mises en place par nos sociétés savantes (SFED, SNFGE, SNFCP...) et nos sociétés professionnelles (CREGG) :

- ▶ Formations théoriques et pratiques en endoscopie ;
- ▶ Elaboration de recommandations et référentiels ;
- ▶ Formation d'infirmières spécialisées en endoscopie (GIFE) ;
- ▶ Bonne connaissance et diffusion de petit matériel spécialisé ;
- ▶ Travail avec notion d'interdisciplinarité (Anesthésiste et qui fait quoi) ;

Des facteurs de risque existent également :

- ▶ Fatigue ;
- ▶ Faible expérience ;
- ▶ Changement rapide des pratiques liées à l'innovation.

Les accidents médicaux comme en aéronautique sont rarement liés à l'incompétence mais plutôt à une mauvaise organisation du système de santé.

Deux situations s'opposent point par point : la procédure standard et la procédure dégradée.

<b>Situation standard</b>	<b>Procédure dégradée</b>
Situation attendue	Situation imprévue
Procédure connue	Plusieurs inconnues
Recommandations définies	Recommandations à définir
Formation initiale et continue	Rôle de l'expérience
Situation à très faible risque	Situation à risque significatif
Sous contrôle sociétés savantes	Opérateur dépendant

Les enjeux sont importants en endoscopie digestive avec :

- ▶ Une innovation technologique soutenue ;
- ▶ Des performances diagnostiques sans cesse améliorées ;
- ▶ Des performances thérapeutiques en constante évolution ;
- ▶ Une procédure dégradée fréquente ;
- ▶ La nécessité de maintenir préservation de la qualité et de la sécurité des soins.

De nombreuses évolutions ont déjà été mises en place pour sécuriser une endoscopie de plus en plus interventionnelle :

- ▶ Passage de la fibre optique à la vidéo et la haute résolution ;
- ▶ Nombreuses évolutions techniques (bistouris, mucosectomies, clips, lavojet, dissection, petit matériel multiple) ;
- ▶ Locaux adaptés couplés aux locaux de désinfection.

L'acte endoscopique est un travail d'équipe. Il est sous dépendance et influence de multiples facteurs outre l'endoscopiste. La salle d'examen et le matériel, l'équipe d'infirmières, l'anesthésiste sont autant d'éléments essentiels dans ce travail d'équipe. Le patient lui-même par ses pathologies et son adhésion ou non aux prescriptions est un élément essentiel.



## Les différentes étapes

### Avant la coloscopie

- ▶ Consultation anesthésique ;
- ▶ Consultation gastro avec information sur l'acte et ses risques ;
- ▶ Préparation si possible adaptée au patient.

### Juste avant la coloscopie

- ▶ Matériel et petit matériel disponible ;
- ▶ Infirmière présente et formée à l'acte ;
- ▶ Check-list adaptée à l'endoscopie.

### Pendant l'acte endoscopique

- ▶ Disposer de suffisamment de temps pour des actes interventionnels ;
- ▶ Savoir dans certains cas reprendre un patient dans un deuxième temps.

### Après l'acte endoscopique

- ▶ Patient informé de l'acte et sortie avec compte rendu si possible ;
- ▶ Vérifier que le patient est accompagné à sa sortie ;
- ▶ Numéro de téléphone du médecin à contacter.

## Accréditation des pratiques à risque en endoscopie

L'HGE a été placée en 20<sup>ème</sup> position sur 21 spécialités à risque dans le décret du 21/07/2006. L'organisme accrédité pour la gestion des risques est le CEFA (anciennement EA-HGE).

Le but est de prendre en compte la gestion des risques par la déclaration d'EPR (événement porteur de risque) avant qu'ils ne deviennent des EIG (événements indésirables graves) et ceci, dans le but d'améliorer la sécurité des patients.

La déclaration des EPR se fait dans le strict anonymat et le suivi est assuré par des médecins gastro experts ayant suivi une formation HAS. L'OA (organisme agréé assure une veille scientifique sur les risques de la spécialité et élabore ainsi des recommandations avec les sociétés savantes.

L'accréditation des pratiques à risque est un outil d'appropriation qui est disponible et s'inscrit dans le cadre plus large du DPC avec la FMC et l'EPP. Il existe un bénéfice pour le patient, le médecin et les sociétés savantes. Dans les cas complexes, des recommandations en mode dégradé peuvent être élaborées en coordination avec les sociétés savantes.

## Références

1. To err is human : [www.iom.org](http://www.iom.org)
2. DEDALE. Analyse bibliographique portant sur les expériences nationales et internationales pour promouvoir ou améliorer la sécurité des patients. Etude réalisée pour le haut conseil de la santé publique / Commission spécialisée Sécurité des patients
3. Haut Conseil de la Santé Publique. Pour une politique globale et intégrée de sécurité des patients : Principes et préconisations
4. Ghaferi AA, Birkenmeyer JD, Dimick JB. Variation in hospital mortality associated with patients surgery N Engl J Med 2009 361 1368-75
5. Recommandation HAS SFED sur antibioprophylaxie, antiagrégants et check List



## Octobre 2013

### LILLE (FRANCE), 2-5 OCTOBRE

Grand Palais

**73<sup>èmes</sup> Journées d'Automne de l'AFEF**

[www.afef.asso.fr](http://www.afef.asso.fr)

### PARIS (FRANCE), 5 OCTOBRE

Pavillon Dauphine

**Journées d'Actualités Digestives du Trocadéro**

[www.journee-du-trocadero.org](http://www.journee-du-trocadero.org)

### BERLIN (GERMANY), 12-16 OCTOBER

UEGW

[office@ueg.eu](mailto:office@ueg.eu)

## Novembre

### LYON (FRANCE), 6-7 NOVEMBRE

Centre des Congrès

**RCFr 2013**

**La cancérologie dans l'écosystème de santé**

[www.rcfr.eu](http://www.rcfr.eu)

### PARIS (FRANCE), 14-15 NOVEMBRE

Palais des Congrès

**VIDEODIGEST**

[www.europa-organisation.com/fr/](http://www.europa-organisation.com/fr/)

### PARIS (FRANCE), 15-16 NOVEMBRE

Eurosites Georges V

**6<sup>ème</sup> Congrès Européen de l'ANTEL**

**(Association Nationale de Télémédecine)**

**Le parcours de soin : rôle et place**

**de la Télémédecine**

[www.antel.fr](http://www.antel.fr)

### REIMS (FRANCE) 15-17 NOVEMBRE

**Quantique Planète**

[contact@quantiqueplanete.com](mailto:contact@quantiqueplanete.com)

### NAPLES (ITALY), 19-21 NOVEMBER

Royal Continental Congress Center

**UNESCO Chair in Bioethics**

**9<sup>th</sup> World Conference**

**Bioethics, Medical Ethics & Health Law**

**Towards the 21<sup>st</sup> Century**

[www.isas.co.il/bioethics2013](http://www.isas.co.il/bioethics2013)

### PARIS (FRANCE), 22 NOVEMBRE

Maison de la Chimie – Paris 7<sup>ème</sup>

**5<sup>ème</sup> Colloque Groupe Pasteur Mutualité**

**L'obésité à tous les âges**

[www.gpm.fr](http://www.gpm.fr)

### PARIS (FRANCE), 22-23 NOVEMBRE

Salons de la Maison des Arts et Métiers

**Journées de Coloproctologie 2013**

[www.snfcop.org](http://www.snfcop.org)

### LIBREVILLE (GABON), 28-30 NOVEMBRE

Palais du Sénat

**XVI<sup>èmes</sup> Journées de Gastroentérologie d'Afrique Francophone**

AAFFCHGE

[jgaf15@yahoo.fr](mailto:jgaf15@yahoo.fr)

## Décembre

### PARIS (FRANCE), 6-7 DÉCEMBRE

Hôtel Pullman Montparnasse

**Les Forums du CREGG**

[www.cregg.org](http://www.cregg.org)

### BORDEAUX (FRANCE), 11-13 DÉCEMBRE

**Journées Francophones de Nutrition**

[www.lesjfn.fr](http://www.lesjfn.fr)

### STRASBOURG (FRANCE), 19-20 DÉCEMBRE

IRCAD/EITS

**Advanced Course in Interventional GI Endoscopy**

**Cours Intensif d'Endoscopie Digestive de la**

**SMIER**

[www.eits.fr](http://www.eits.fr)

### RIGA (LATVIA), 21-24 DECEMBRE

**VI Latvian Gastroenterology Congress**

**1<sup>st</sup> Capsule Endoscopy Bridging meeting**

**"West meets East"**

[www.lgk6.com](http://www.lgk6.com)

[www.gastroenterologs.lv](http://www.gastroenterologs.lv)

## Janvier 2014

### RABAT (MAROC), 23 JANVIER-1ER FÉVRIER

Centre de Formation de l'OMGE

**13<sup>ème</sup> Cours**

<http://wgo-rtc.um5s.ac.ma>

## Février

### PARIS (FRANCE), 6-10 FÉVRIER

Porte de Versailles

**Salon Bien-être, Médecine douce & Thalasso**

[contact@salon-bienetre.com](mailto:contact@salon-bienetre.com)

### COPENHAGUE (DANEMARK), 20-22 FEVRIER

**9<sup>th</sup> Congress of ECCO**

[Ecco-congress@ecco-ibd.eu](mailto:Ecco-congress@ecco-ibd.eu)

## Mars

### PARIS (FRANCE), 20-23 MARS

JFHOD

**Thématique : Le microbiote**

[www.jfhod.com](http://www.jfhod.com)

## Mai

### CHICAGO (USA), MAY 3-6

DDW

### CHICAGO (USA), MAY 30-JUNE 6

ASCO

## Juin

### PARIS (FRANCE), 25-28 JUNE

Palais des Congrès – Porte Maillot

**14<sup>th</sup> World Congress of Endoscopic Surgery**

[www.eaes.eu](http://www.eaes.eu)

## Septembre

### BANGKOK (THAILAND), SEPTEMBER 5-7

**FNM 2014**

**1<sup>st</sup> Federation of Neurogastroenterology**

**and Motility Meeting**

<http://fnm2014.org/>

## Janvier 2015

### RABAT (MAROC), 22-31 JANVIER

Centre de Formation de l'OMGE

**14<sup>ème</sup> Cours**

<http://wgo-rtc.um5s.ac.ma>

## Mars

### PARIS (FRANCE), 19-22 MARS

JFHOD

[www.jfhod.com](http://www.jfhod.com)





# L'obésité

## à tous les âges

INSCRIPTION GRATUITE



Sous la présidence du  
**Professeur  
Jean-Michel  
Oppert**



avec la participation  
exceptionnelle du  
**Professeur  
Marcel Rufo**  
et du chef 3 étoiles  
**Michel Guérard**

### PROGRAMME

**Epidémiologie de l'obésité**  
Professeur Sébastien Czernichow

**Les déterminants précoces de l'obésité**  
Docteur Marie-Aline Charles

**Prévention de l'obésité chez les adolescents**  
Florence Rostan

**Genèse et prévention de l'obésité  
lors de l'avancée en âge**  
Professeur Jean-Michel Oppert

**A vous de jouer !**  
Professeur Marcel Rufo

**Obésité à tout âge, parcours de soins  
et mobilisation collective**  
Professeur Arnaud Basdevant

**Que peut-on attendre de la chirurgie bariatrique ?**  
Professeur Jean-Luc Bouillot

**Bien vivre son obésité**  
Professeur Bernard Devulder - Professeur Olivier Ziegler  
Anne-Sophie Joly - Jean-Philippe Zermati - Maël Lemoine

Vendredi

**22**

novembre 2013  
de 9h à 17h

Maison de la Chimie  
Paris 7<sup>e</sup>



**TOUT PRÉVOIR**  
Le mensuel du praticien

**AFERO**  
Association Française  
d'Etude et de Recherche sur l'obésité

**CNAO**  
Conseil National des Associations d'Obèses

**GROS** | Groupe  
de Réflexion  
sur l'Obésité  
et le Surpoids

#### BULLETIN D'INSCRIPTION

PLUS D'INFORMATIONS ET INSCRIPTION EN LIGNE SUR [WWW.GPM.FR](http://WWW.GPM.FR)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

- ☐ Je m'inscris au colloque (gratuit)  
☐ Je participe au déjeuner (20€)  
☐ Je ne participerai pas au déjeuner

Pour l'inscription au déjeuner, nous vous remercions de bien vouloir joindre à votre bulletin d'inscription un chèque bancaire  
d'un montant de 20 euros à l'ordre de Fédération Groupe Pasteur Mutualité.

A retourner à : Groupe Pasteur Mutualité - Colloque Groupe Pasteur Mutualité - 34, boulevard de Courcelles 75017 Paris